Nr. 34 i 35. 29. sierpnia 1926. Rok V.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Ś. P. JÓZEF BIELIŃSKI

Wspomnienie pośmiertne.

Nieliczny orszak żałobny odprowadził do dworca wileńskiego zwłoki ś. p. Józefa Bielińskiego, zmarłego w dniu 15 czerwca 1926 r. po długich cierpieniach. Zapomniała już Warszawa kto to był starzec Bieliński. Zapomniała o niepospolitych zasługach tego znakomitego historjografa dla Polski i społeczeństwa polskiego. Nie przybiegła tłumnie do trumny, aby pożegnać i uczcić szczątki doczesne tego, który za życia bez wytchnienia pracował nad odtworzeniem przeszłości, odkopując mozolnie z pod rumowisk ujarzmionej Polski świadki jej sławnej i szlachetnej historji.

Józef Szeliga Bieliński urodził się w Lubrańcu na Kujawach 23 marca 1848 roku. Do szkoły średniej uczęszczał we Włocławku. W r. 1868 zapisał się do Szkoły Warszawskiej na wydział lekarski, który ukończył w r. 1873 już po przemianowaniu Szkoły Głównej na Cesarski Uniwersytet Warszawski. Po uzyskaniu dyplomu lekarskiego wyjechał do Kałuszyna, gdzie z rozporządzenia władz administracyjnych zajmował się udzielaniem pomocy lekarskiej chorym na cholerę. Po wygaśnięciu epidemji Bieliński pozostawał jeszcze przez czas pewien w Kałuszynie na stanowisku lekarza miejskiego.

W r. 1874, będąc już żonaty, wyjechał do gubernji Wiatskiej na posadę lekarza górniczego w Chołunicy w powiecie Słobodzkim. Tam urzędował przez 4 lata i w r. 1878 przeniósł się do miasteczka powiatowego Słobodzka na posadę lekarza miejskiego.

W r. 1880 ze względów rodzinnych opuścił gubernję Wiatską i przeniósł się do Wilna, gdzie, mianowany lekarzem wojskowym, przebył lat 12. W r. 1892 razem z pułkiem, którego był starszym lekarzem, przeniósł się do miasteczka Olity nad Niemnem. Po 5-ciu latach w r. 1897 musiał z polecenia władzy opuścić Polskę. Przeniesiono go wówczas w charakterze lekarza wojskowego na granicę północnej Persji do kraju Zakaspijskiego i osadzono w miejscowości Kara-Kała (czarna forteca), gdzie mu powierzono zarząd lazaretu miejscowego. Po czteroletnim pobycie na wygnaniu Bieliński ze względu na nadwątlony stan zdrowia był zmuszony podać się do dymisji.

Uzyskawszy emeryturę, w roku 1901 powrócił wreszcie do kraju i osiadł na stałe w Warszawie. W r. 1903 Towarzystwo Lekarskie Warszawskie powołało go na swego bibljotekarza.

Podczas wojny wszechświatowej, gdy Rosjanie ustąpili z Warszawy, Komitet Obywatelski miasta Warszawy, wówczas zorganizowany, mianował Bielińskiego na przedstawienie Towarzystwa Naukowego Warszawskiego, kuratorem archiwów: Cesarskiego Uniwersytetu Warszawskiego i Okręgu Naukowego Warszawskiego. Gdy za czasów okupacji niemieckiej powstał w Warszawie uniwersytet polski i pod jego zarząd oddano archiwum b. Okręgu Naukowego Warszawskiego, Bielińskiego mianowano archiwistą uniwersyteckim. W r. 1918, gdy powstało Ministerstwo Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego, Bielińskiego powołano na kierownika archiwum tegoż Ministerstwa, a w r. 1919 mianowano go jego dyrektorem. Na tym urzędzie Bieliński pozostawał przez lat kilka i ustąpił 1 października 1925 r., uzyskawszy pełną emeryturę.

Bieliński, osiadłszy w Warszawie, oddał się z zapałem studjom naukowym, w których nie był już nowicjuszem, miał bowiem za sobą cały szereg prac, świadczących już o erudycji i talencie pisarskim. Wyliczymy tu po kolei ten dorobek naukowy, z którym Bieliński przybył do Warszawy.

Już w r. 1875, będąc w Chołunicy, zaczął próbować sił swoich literackich zrazu, jak sam się przyznaje, niefortunnie, gdyż pierwszy jego artykuł p. t. „Jaki jest stosunek wilka do róży"? spoczął w koszu redakcyjnym. To niepowodzenie nie zraziło go jednak do dalszej pracy piśmienniczej i już w r. 1880, t. j. w roku wyjazdu z Chołunicy posiadał w tece opisy kilku spostrzeżeń lekarskich, które niezadługo ogłosiła „Medycyna" warszawska, a mianowicie: artykuły: „Wyniki z użycia kwasu salicylowego przeciw tasiemcowi", „Kilka słów o wolu, panującym endemicznie w powiecie Słobodzkim gubernji wiatskiej" (praca ta była również już przedtem — w r. 1875 — ogłoszona we „Wjatskich Gubernskich Wiedomostjach"), „O zaraźliwem zapaleniu płuc" i „O objawach fizjologicznych życia płciowego u włościanek okręgu górniczego Chołunieckiego".

Lecz w przyszłości nie medycyna w ścisłem znaczeniu tego słowa, ale historja medycyny, historja szkół lekarskich w Polsce i wogóle badanie przeszłości miały być terenem, na którym Bieliński z zamiłowaniem oddawał się pracy naukowej. Z zawodu był lekarzem, z zamiłowania zaś — historykiem i szperaczem archiwalnym i takim pozostał do końca życia.

Przeniósłszy się w r. 1880 do Wilna, wnet upodobał sobie pracę archiwalną, tem snadniej, że w owych czasach wobec srogich represji rządu moskiewskiego zamarło w Wilnie życie intelektualne, pod ciągłą grozą stanu oblężenia nie można było zajmować się sprawami społecznemi, miejscowej prasy polskiej wcale nie było, nie wolno też było sprowadzać do Wilna pism warszawskich, mowy polskiej na ulicach nie słyszano. Toteż jednostki z inteligencji miejscowej przyzwyczaiły się w przeszłości szukać strawy dla ducha swego i z niej czerpać siły do wytrwania. Dzieje lat minionych, dzieje oświaty na Litwie stały się niewyczerpaną kopalnią studjów, jedyną ucieczką dla znękanych te aźniejszością inteligentnych jednostek Wilna.

Do tych szeregów zaciągnął się niebawem Bieliński i rozpoczął żmudną pracę szperacza archiwalnego, poświęcając się z upodobaniem badaniu dziejów medycyny litewskiej i szkół lekarskich w Polsce. Kilka lat poświęcił zbieraniu materjałów, robił wyciągi z druków i pism urzędowych, zakopał się po uszy w archiwach i bibljotekach naprzód wileńskich, następnie warszawskich i owocem tych studjów i poszukiwań był cały szereg prac, poświęconych przeszłości Litwy i Polski w zaborze rosyjskim.

Zakaz mówienia i drukowania po polsku był wówczas tak srogi w Wilnie, że nawet na posiedzeniach w Towarzystwie Lekarskiem nie wolno było wygłaszać odczytów w języku polskim. Wskutek tego Bieliński był zmuszony prace niektóre drukować poza Wilnem, najczęściej w Warszawie, zaznaczając jednak, że pochodzą z Wilna i prace nielekarskie wydawać pod pseudonimem „Dr. Szeliga". W Warszawie więc w r. 1885 wydał szkic biograficzny o niedawno zmarłym, wielce zasłużonym Adamie Ferdynandzie Adamowiczu, niegdyś profesorze Uniwersytetu wileńskiego i późniejszej Akademji medyko-chirurgicznej wileńskiej.

W czasie badań archiwalnych w Wilnie Bieliński został zaproszony do współpracownictwa w „Słowniku lekarzów polskich", wydawanym wówczas przez Stanisława Kośmińskiego, który poruczył Bielińskiemu opracowanie wiadomości biograficznych o lekarzach dawniej i obecnie zamieszkałych w Wilnie. Owocem tych studjów, poza współpracownictwem w Słowniku, była praca p. t. „Doktorowie medycyny promowani w Wilnie", wydana w r. 1885—1886 w Pamiętniku Tow. Lek. Warsz., a następnie praca obszerna pod tyt. „Stan nauk lekarskich za czasów Akademji medyko-chirurgicznej wileńskiej bibliograficznie przedstawiony. Przyczynek do dziejów medycyny w Polsce". Praca ta, przysłana na konkurs imienia Adama Helbicha, ogłoszony przez Towarzystwo Lek. Warsz., otrzymała pierwszą nagrodę. Wyszła w Warszawie w r. 1888—9 w Pamiętniku Tow. Lek. Warszawskiego, opatrzona wymownem na karcie tytułowej godłem z Virgiliusa: „Nec locus ubi Troja fuit". Dzieło to, jako przedstawiające w sposób źródłowy historję rozwoju nauk lekarskich i przyrodniczych w XIX. stuleciu na Litwie, uzyskało powszechne uznanie i pobudziło Towarzystwo Lek. Warsz. do zamianowania Bielińskiego swoim członkiem honorowym. Ocena pracy tej, napisana przez Dra Dobrzyckiego, jednego z członków komitetu konkursowego, wypadła bardzo pochlebnie. „Autor — powiada Dobrzycki — stanął na wysokości zadania, jakie sobie zakreślił, przedmiot wyczerpał i użył metody ścisłej, która w sposób możliwie dokładny, cały obraz działalności uczelni wileńskich przedstawić zdołała. Celem autora było rozwiązać pytanie: czy szkoła lekarska wileńska miała rację bytu i czy odpowiedziała godnie swemu przeznaczeniu. Autor pytanie powyższe rozwiązał w sposób twierdzący i rozwiązanie to w sposób możliwie ścisły uzasadnił".

W tym okresie zajęć Bieliński często ubolewał nad brakiem odpowiednich wykazów bibljograficznych, któreby mogły ułatwiać poszukującym pracę archiwalną. Aby choć w części brakowi temu zaradzić, zajął się ułożeniem zestawień przedmiotów,

zawartych w czasopismach wileńskich. Dokonał więc po kolei zestawień przedmiotów, zawartych w 60-u tomach „Wizerunków i roztrząśnień naukowych", w 66-u tomach pisma „Atheneum", w 13-u tomach „Tygodnika Wileńskiego", w 71 tomach „Dziennika Wileńskiego", w 9-ciu tomach „Dziejów Dobroczynności Krajowej i Zagranicznej" i wreszcie ułożył bibljografję czasopism wileńskich od r. 1805 do r. 1860. Wszystkie te zestawienia ogłosił w „Wiadomościach bibljograficznych Warszawskich" w latach od 1884 do 1888 roku.

Jednocześnie zaś jako członek Towarzystwa Lekarskiego Wileńskiego i jego bibljotekarz, znalazł nieraz sposobność podzielenia się z kolegami na posiedzeniach Towarzystwa zdobytemi mozolnie wiadomościami archiwalnemi, komunikując im, niestety, w języku rosyjskim różne fragmenta z dziejów uniwersytetu i akademji. Komunikaty te i rozprawy znalazły się następnie w oddzielnych odbitkach.

Na szczególną uwagę zasługuje odczyt, wypowiedziany w Towarzystwie Wileńskiem w r. 1888 ku uczczeniu pamięci Jędrzeja Śniadeckiego z okazji urządzenia przez Towarzystwo uroczystego obchodu 50-ej rocznicy zgonu tego znakomitego męża, wielce dla Towarzystwa zasłużonego, jako jednego z jego założycieli i pierwszego prezesa. Odczyt ten nosił tytuł: „Jędrzej Śniadecki". Studjum z historji cywilizacji Litwy. Szkic biograficzny z powodu 50-ej rocznicy śmierci zebrał J. Bieliński. Wilno, 1888, drukarnia A. G. Minskiera, str. 35 in 8-o.

Prócz tego w Towarzystwie Lek. Wileńskiem wygłosił Bieliński jeszcze następujące odczyty. W r. 1884 miał wykład o Sławinku, źródłach żelazistych w gub. Lubelskiej, w r. 1887 podał zarys biograficzny o Ludwiku Grabowskim, niegdyś uczniu Akademji medyko-chirurgicznej wileńskiej, w r. 1890 z powodu przypadającego wówczas 50-letniego jubileuszu Juljana Ticiusa (Titiusa) miał wykład o życiu i działalności tego zasłużonego lekarza i filantropa.

W latach między 1890 a 1895 rokiem ogłosił drukiem jeszcze 4 prace, a mianowicie: 1) „Stan nauk matematyczno-fizycznych za czasów Wszechnicy Wileńskiej", 2) „Cesarskie Towarzystwo Lekarskie Wileńskie, jego prace i wydawnictwa", 3) „O niewydanych listach hetmana Żółkiewskiego" i 4) „Reforma Uniwersytetu Wileńskiego i szkół jemu podwładnych za rektoratu Twardowskiego".

Wreszcie z okazji 90-letniego jubileuszu Cesarskiego Towarzystwa Lekasrkiego Wileńskiego na uroczystem posiedzeniu Towarzystwa 12 grudnia 1895 r. wygłosił Bieliński odczyt p. t. „Pierwsza klinika w Wilnie, notatki historyczne" (ogłoszony następnie w zbiorowem dziele, wydanem z powodu jubileuszu p. t. XC, Dziewięćdziesięciolecie Cesarskiego Towarzystwa Lekarskiego Wileńskiego 12. grudnia 1895 r. Wydanie Ces. Towarzystwa Lek. Wileńskiego 1895. Drukarnia Minskiera, str. 335).

Będąc na wygnaniu w kraju Zakaspijskim od r. 1897 do r. 1901, Bieliński nie porzucił pracy naukowej pomimo bardzo ciężkich warunków miejscowych (bardzo gorącego i bardzo niezdrowego klimatu, żółtej febry, braku bibljotek i wielu innych), miał bowiem pewne zobowiązanie, zaciągnięte przed wyjazdem względem Komitetu, który zawiązał się w Warszawie celem sporządzenia szeregu monografji, dotyczących historji wyższych zakładów naukowych w Polsce (*„Fontes et commentationes historiam scholarum superiorum in Polonia illustrantes"*). Zobowiązanie to dotyczyło napisania historji Uniwersytetu Wileńskiego za cały czas jego istnienia, t. j. od roku 1579 do r. 1831.

Z tą myślą o zobowiązaniu, zabrał Bieliński ze sobą, wyjeżdżając z kraju, potrzebne materjały do opracowania zamówionej monografji, zdobyte z wielkim trudem w Wilnie w „Archiwum Kuratorjum szkolnego wileńskiego" i w bibljotece publicznej wileńskiej w dziale rękopisów. Po kilku latach żmudnej pracy wykończył rękopis i odesłał go w terminie umówionym Komitetowi warszawskiemu. Terminem tym był obchód 500-letniego jubileuszu Uniwersytetu Jagiellońskiego (od r. 1400 do r. 1900), któremu monografje te miały być ofiarowane z okazji właśnie przypadającego w r. 1900 jubileuszu. Dzieło Bielińskiego wyszło w Krakowie w drukarni Anczyca w latach od 1890 do 1900 w 3-ch tomach p. t. „Uniwersytet Wileński" (1579—1831) z dedykacją: *„Ad honorem quingentesimi anniversarii Almae Matris Jagiellonicae MCCCC-MDCCCC. Varsavia"* i z godłem, wziętem z Rudominy J. G.: „Pisać historję Uniwersytetu, ocenić jak należy cały wpływ, jaki miał w różnych czasach i wiekach na oświecenie narodu, trzeba na to poświęcić część życia człowieka. *C'est la vie d'un homme"*.

Powróciwszy w r. 1901 z wygnania do Warszawy już jako emeryt, Bieliński odrazu, jak już wiemy, wprzągł się do pracy naukowej. Właśnie Komitet dawny, czynny w dalszym ciągu, polecił Bielińskiemu opracowanie dziejów Królewskiego Uniwersytetu Warszawskiego za cały czas jego istnienia, t. j. od roku 1816 do r. 1831. Przedewszystkiem więc Bieliński musiał postarać się o dostęp do Archiwum Okręgu Naukowego Warszawskiego, w którem znajdowały się akta archiwalne Królewskiego Uniwersytetu. Przez protekcję prof. Struvego uzyskał Bieliński od kuratora Okręgu naukowego warszawskiego, Schwartza pozwolenie na uczęszczanie do tego archiwum jako przepisywacz profesora Struvego. Pracował tam przez 6 lat (od 1901 do 1907) i w r. 1911 wykończył zamówioną pracę, składając ją w hołdzie Wszechnicy Lwowskiej w 250-ą rocznicę jej pracy dziejowej. Dzieło to wyszło w Warszawie pod tyt. „Królewski Uniwersytet Warszawski (1816—1831") w 3-ch tomach i następnie zaopatrzone zostało w oddzielny skorowidz. Tom I., ukazał się w r. 1907, t. II. — w r. 1911, t. -ci w r. 1912 i skorowidz w r. 1913. Wszystkie 3 tomy wykonała drukarnia W. L. Anczyca w Krakowie.

Prócz pisania tej kapitalnej pracy biograficzno-historycznej Bieliński znalazł czas na wykonanie jeszcze innych prac mniejszych, ale cennych ze względu na przedmiot swej treści. Przedewszystkiem więc wspomnieć trzeba o pracy, będącej w ścisłym związku z pracą, dotyczącą dziejów Uniwersytetu Wileńskiego, a mającej za przedmiot żywot księcia Adama Jerzego Czartoryskiego, niegdyś kuratora okręgu naukowego wileńskiego. Bieliński, rozporządzając obfitym i nowym materjałem archiwalnym, czuł się w obowiązku wydobyć na jaw wiele szczegółów z życia i działalności tego niezwykłego na swój wiek obywatela, tyle zasłużonego na polu rozwoju nauki polskiej na Litwie i podać je do wiadomości ogółu. Pracę p. t. „Żywot Księcia Adama Czartoryskiego" wydał „Tygodnik Illustrowany" w r. 1905 w dwu swoich dodatkach miesięcznych. Dzieło to było premjowane.

Następnie Bieliński wykończył dwa zarysy historyczne, dotyczące studjów lekarskich w Warszawie, a mianowicie: dzieje pierwszej Akademji lekarskiej w Warszawie (1809 do 1816) i dzieje Wydziału lekarskiego królewskiego Warszawskiego (1817 do 1831). Obie te prace były umieszczone w „Nowinach lekarskich", wydawanych w Poznaniu — pierwsza w r. 1906, druga w r. 1909 w setną rocznicę założenia w Warszawie Akademji lekarskiej.

Prócz tego Bieliński rozwinął szeroką działalność publicystyczną, umieszczając liczne przyczynki historyczne w pismach warszawskich i prowincjonalnych, jak: „Kwartalnik Teologiczny", „Przegląd Historyczny", „Bibljoteka Warszawska", „Tygodnik Illustrowany", „Przegląd Filozoficzny", „Dziennik Wileński", „Pamiętnik Tow. Lek. Warsz.", „Gazeta Sądowa Warszawska", „Gazeta Lekasrka", „Nowiny Lekarskie", „Przegląd Bibljograficzny" i t. d. Trudno wyliczać wszystkie te artykuły, wykaz ich znajdzie się w spisie bibljograficznym prac Bielińskiego, umieszczonym na końcu niniejszego zarysu, wspomnę więc tylko o artykule, umieszczonym w „Bibljotece Warszawskiej" w r. 1903 pod tyt.: „Myśli Stanisława Staszica do ułożenia stanu nauczycielskiego w kraju Księstwa Warszawskiego", o artykule w „Kwartalniku Historycznym" pod tyt.: „Związki Akademików w Warszawie" i o wydanym oddzielnie zarysie historycznym pod tyt.: „Szubrawcy w Wilnie", napisanym z polecenia członków Towarzystwa pod nazwą „Szubrawcy", które powstało około r. 1910 w Wilnie z popiołów rozwiązanego przez rząd moskiewski przed 100-u przeszło laty (w r. 1821) sławnego towarzystwa tej nazwy, założonego w r. 1817 przez Kazimierza Kontryma. Praca ta zjednała Bielińskiemu wielkie uznanie w Towarzystwie, które nagrodziło go tytułem członka honorowego.

Ukończywszy pracę o Uniwersytecie Warszawskim w roku 1913, Bieliński mało już potem ogłaszał rozpraw drukiem, gdyż rozpętana niebawem wojna wszechświatowa i związane z fatalnym stanem kraju trudności wydawnicze, a także oddanie się Bielińskiego na usługi pracy społecznej, nie sprzyjały cichej pracy archiwalnej, którą musiał odłożyć do lepszych w przyszłości czasów. Z tego powodu rozpoczęta tuż przed wojną większa praca pod tyt.: „Żywot Stanisława Łaguny", poprzedzona wykładem w Towarzystwie Naukowem w r. 1912 o działalności naukowej tego uczonego prawnika i historyka, zmarłego w r. 1900, została po ukończeniu złożona w rękopisie Towarzystwu Naukowemu Warszawskiemu, w którem pozostaje dotąd w oczekiwaniu lepszych czasów wydawniczych.

Ten sam los spotkał inne prace, które Bieliński zdołał napisać czyto na zamówienie, czyteż z własnego popędu, nie mogąc, pomimo nawału pracy społecznej pozbyć się starego nałogu pisarskiego. Wykonał więc na zamówienie po przedwczesnej śmierci Peszkego drugą i ostatnią część dziejów stulecia Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (od r. 1870 do 1920), zajął się dziejami Szkoły Głównej Warszawskiej i pracę, poświęconą tej niezapomnianej szkole, wykończył w dwu tomach w grudniu 1921 roku. Inne artykuły, dotyczące przeważnie dziejów szkoły polskiej w zaborze rosyjskim, złożył Akademji Umiejętności w Krakowie, między innemi rękopis, obejmujący dzieje Akademji Krakowskiej za czasów Księstwa Warszawskiego.

W czasie wojny wszechświatowej Bieliński, zajęty sprawami społecznemi, już znacznie mniej ogłaszał rozpraw drukiem, spotkać się jednak z niemi można w „Gazecie Lekarskiej" i w „Nowinach Lekarskich", w „Encyklopedji Illustrowanej" i w „Encyklopedji Wychowawczej", w „Książce" i t. p. wydawnictwach, zdobył się nawet na odczyt, który wygłosił w Stowarzyszeniu Lekarzy Polskich w r. 1916 na temat: „Służba Zdrowia w Armji Polskiej".

Słów kilka należy się jeszcze Bielińskiemu jako bibljotekarzowi zarówno Bibljoteki Towarzystwa Lekarskiego Wileńskiego, jak i Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Bieliński podczas swego pobytu w Wilnie był wybrany w Towarzystwie Lekarskiem na bibljotekarza i na tym zaszczytnym urzędzie pozostawał od r. 1885 do r. 1892 włącznie. Pracą swą Bieliński oddał znakomite usługi, doprowadziwszy księgozbiór, złożony z 16. tysięcy tomów, do porządku, a mianowicie: sporządził katalog książek według systematu kartkowego, umieścił książki na półkach w porządku alfabetycznym, ułożył regulamin dla członków, korzystających z bibljoteki i czytelni Towarzystwa oraz instrukcję dla zarządzającego. Bieliński poświęcał bibljotece dużo pracy i czasu, spędzając w niej całe dni, zwłaszcza po odrestaurowaniu sali bibljotecznej, kiedy trzeba było bibljotekę porządkować na nowo. Toteż Towarzystwo przez wyjazd Bielińskiego w r. 1892 z Wilna poniosło dotkliwą stratę. Oceniając należycie jego pracę zarówno bibljotekarską jak i pisarską obrało go swoim członkiem honorowym.

W Warszawie Bieliński, aczkolwiek, jak wiemy, już od r. 1889 znajdował się na liście członków honorowych Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, to jednak, powołany w r. 1903 na bibljotekarza Towarzystwa, przeszedł do roli członka czynnego i objął urzędowanie. Na stanowisku tem, związanem z urzędem członka Zarządu, pozostawał do r. 1910. Obowiązki swe spełniał bardzo sumiennie i wiele się przyłożył do powiększenia i uporządkowania zbiorów bibljotecznych. Ustąpił dobrowolnie z urzędu bibljotekarza w r. 1910, nie mogąc zgodzić się na zaproponowane przez Komitet bibljoteczny reformy w systemie prowadzenia Bibljoteki, dążące do ograniczenia pod pewnemi względamhi samodzielności bibljotekarza, a natomiast rozszerzenia zadań Komitetu bibljotecznego.

Za swą wytrwałą i owocną pracę dla dobra nauki i kraju Bieliński doczekał się powszechnego uznania, które znalazło swój wyraz w licznych nominacjach na zaszczytne stanowiska w instytucjach naukowych i społecznych. Był więc członkiem honorowym Rady Lekarskiej Państwa Polskiego, profesorem honorowym Uniwersytetu Warszawskiego, profesorem honorowym Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie, członkiem honorowym Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu, Stowarzyszenia Lekarzy Polskich i Towarzystw Lekarskich: Warszawskiego, Krakowskiego i Wileńskiego. Powołano go też na członka czynnego Akademji Nauk Lekarskich w Warszawie, Towarzystwa Historycznego we Lwowie, Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Wilnie, na współpracownika trzech komisyj Akademji Umiejętności w Krakowie: historyczno-literackiej, przyrodniczej i filozoficznej, a także na wiceprezesa Komisji historyczno-pedagogicznej w Krakowie, jako przedstawiciela zaboru rosyjskiego. Nadto należał do grona założycieli Towarzystwa Naukowego Warszawskiego i Towarzystwa Miłośników Historji.

Tak się przedstawia w ogólnych zarysach żywot tego cichego, skromnego, nie mniej jednak znakomitego pracownika na niwie wiedzy ojczystej. Bieliński — to typ samouka-erudyty, który wytrwałą, długoletnią pracą nad umiłowaną nauką doszedł do wyników wprost zdumiewających, o czem świadczy różnorodność poruszonych przez niego tematów, jakoteż znakomite ich obrobienie. Całe życie jego — to jeden trud, jeden mozół, ale zarazem jedno ukochanie, jedno umiłowanie Ojczyzny i jej dziejów.

Dr. M. M. Zweigbaum,

bibljotekarz Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Spis bibljograficzny prac J. Bielińskiego.

ułożony chronologicznie przez dra M. M. Zwejgbauma.

1875.

Wole epidemiczne (po ros.) „Wjatskija Gubernskija Wiedomosti".

1880.

Kościół i zakłady dobroczynne w Lubrańcu. „Kłosy".

Wyniki z użycia kwasu salicylowego przeciw tasiemcowi. „Medycyna".

Kilka słów o wolu, panującem endemicznie w powiecie Słobodskim, gubernji Wiatskiej. „Medycyna".

Jędrzej Śniadecki (po ros.) Studjum z historji cywilizacji Litwy. Odczyt. „Protok. Wieńsk. Mied. Obszczestwa".

Proces filaretów w Wilnie. Dokumenta urzędowe z teki rektora Twardowskiego. „Archiwum do dziejów oświaty w Polsce" t. VI. Kraków, i oddzielnie w Krakowie w r. 1889.

1881.

Adamowicz Adam Ferdynand (Wspomnienie pośmiertne). „Medycyna".

1882.

O zaraźliwem zapaleniu płuc. „Medycyna".

1883.

O objawach fizjologicznych życia płciowego u włościanek okręgu górniczego Chołnnickiego. „Medycyna".

1884.

Sławinek, wody mineralne żelaziste w gub. Lubelskiej (po ros.) „Protok. Zasjedan. Wilensk. Miedic. Obszczestwa".

Zestawienie przedmiotów, zawartych w LX tomach „Wizerunków i roztrzasań naukowych". „Wiadomości Bibljograficzne Warszawskie".

Zestawienie przedmiotów w LXVI tomach Atheneum. „Wiadomości Bibljograficzne Warszawskie".

1885.

Doktorowie medycyny promowani w Wilnie. „Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego", 1885—1886.

Adam Ferdynand Adamowicz. Szkic biograficzny przez Dra Szeligę (pseud. Bielińskiego). Odbitka z „Atheneum".

Zestawienie przedmiotów, zawartych w XIII tomach „Tygodnika Wileńskiego". „Wiadomości Bibljograficzne Warszawskie".

1886.

Antoni Odrowąż Kamiński. „Kłosy".

Zestawienie przedmiotów w LXXI tomach „Dziennika Wileńskiego". „Wiadomości Bibljograficzne Warszawskie".

1887.

Jan Kazimierz Wilczyński, nestor dziejów sztuki. „Kłosy".

Zestawienie przedmiotów w IX tomach Dziejów dobroczynności krajowej i zagranicznej. „Wiadomości Bibljograficzne Warszawskie".

Ludwik Grabowski. Zarys biograficzny (po ros.). Odczyt. „Protokóły Zasied. Wileńsk. Mied. Obszczestwa".

1888.

Bibljografia czasopism wileńskich od r. 1805 do r. 1860. „Wiadomości Bibljograficzne Warszawskie".

Jędrzej Śniadecki. Szkic biograficzny z powodu 50-tej rocznicy śmierci. Wilno. 1888. Druk. A. G. Minskiera.

1889.

Jubileusz prof. Rewkowskiego. „Kłosy".

Stan nauk lekarskich za czasów Akademji medyko-chirurgicznej Wileńskiej bibljograficznie przedstawiony. Przyczynek do dziejów medycyny. Warszawa. Wyd. i nakład Tow. Lek. Warsz. (Premjowane).

Reforma Uniwersytetu Wileńskiego i szkół jemu podwładnych za rektoratu Twardowskiego. „Archiwum do dziejów oświaty w Polsce". T. IX. i oddzielnie. Kraków.

Kilka słów o filomatach i filaretach. „Przewodnik naukowy i literacki". Lwów.

1890.

Cesarskie Towarzystwo Lekarskie Wileńskie, jego prace i wydawnictwa. Warszawa. 1890.

Stan nauk matematyczno-fizycznych za czasów Wszechnicy Wileńskiej. Warszawa. 1890. W drukarni Józefa Sikorskiego.

Juljan Augustynowicz Ticius (Titius) zarys biograficzny z powodu 50-letniego jubileuszu działalności lekarskiej (po ros.). Wilno 1890. Druk A. Minskiera. Dodatek do „Protok. Ces. Tow. Lek. Wileńskiego".

1891.

O objawach fizjologicznych życia płciowego u kobiet. (po ros.) Wilno 1891. Druk. A. Minskiera. Wyd. Ces. Tow. Lek. Wileńskiego.

Prof. Ignacy Fonberg. Nekrolog. „Kraj".

Archeologiczna Komisja Wileńska. „Wielka Encyklopedja Powszechna Illustrowana", 1891, t. IV.

1893.

O niewydanych listach hetmana Żołkiewskiego. „Upominek" księga zbiorowa na cześć Elizy Orzeszkowej.

1894.

Prof. Zygmunt Rewkowski. „Kraj".

Starożytności polskie. Sprawozdanie z pracy Alfreda Romera i Pasy polskie. „Kraj".

1895.

Pierwsza klinika w Wilnie. Notatka historyczna (po ros.). Czytane na uroczystem posiedzeniu 12 grudnia 1895 r. z powodu 90-letniego jubileuszu Ces. Tow. Lek. Wileńsk. (w dziele zbiorowem pod tyt. „(XC) Dziewianostolietje Imp. Wilensk. Mied. Obszczestwa 12 diek. 1895 g.". Wyd. Ces. Tow. Lek. Wileńskiego. Wilno. Druk. A. Minskiera.

1899.

Uniwersytet Wileński (1579—1831) 3 tomy. Kraków 1899—1900. Druk Wład. Anczyca.

1900.

O stosunkach Towarzystwa Lekarskiego Wileńskiego z publicznością. (po ros.). „Protokoły Wil. Mied. Obszczestwa".

1901.

Życiorysy: Herberskiego Wincentego, Homolickiego Michała, Jundziłła Stanisława Bonifacego, Kojałowicza Wijuka Kazimierza, Kojałowicza Wijuka Wojciecha, Kolberga Juljusza. „Wielka Encyklopedja Powszechna Illustrowana" (1901—1904). Tomy: 28. 29. 33. 36.

1902.

Zakłady naukowe w gubernjach zachodnich od utworzenia Wileńskiego okręgu naukowego. „Kwartalinik Historyczny".

Okręg naukowy Wileński. „Kwartalnik Historyczny".

1903.

Założenie Wydziału teologicznego w Warszawie. „Kwartalnik Teologiczny".

Jeszcze jeden przyczynek do życiorysu Gołuchowskiego. „Przegląd Filozoficzny".

Myśli Stanisława Staszica do ułożenia stanu nauczycielskiego w krajach Księstwa Warszawskiego. „Bibljoteka Warszawska".

Kilka słów do artykułu Lachsa: „Jędrzej Śniadecki a Czacki". „Przegląd Lekarski".

Królewski Uniwersytet Warszawski. Zarys historyczny. „Bibljoteka Warszawska".

Założenie Wydziału lekarskiego w Warszawie. „Krytyka Lekarska".

Pierwsze promocje doktorskie w Warszawie. „Krytyka Lekarska".

1904.

Związki akademików w Warszawie. „Kwartalnik Historyczny„.

1905.

Józef Gołuchowski. Pierwszy pobyt w Warszawie. Pierwsza profesura. „Bibljoteka Warszawska".

Wydział lekarski w Wilnie. „Nowiny Lekarskie".

Żywot księcia Adama Czartoryskiego. 2 tomy. Warszawa. Wydawnictwo „Tygodnika Illustrowanego". (Premjowane).

1906.

Pierwsza Akademja Lekarska w Warszawie. Zarys historyczny. Odb. z „Nowin Lekarskich".

Szkoła prawa Księstwa Warszawskiego. „Gazeta Sądowa Warszawska".

Wydział prawa i administracji Król. Uniwersytetu Warszawskiego. „Gazeta Sądowa Warszawska".

Dziennik Wileński przed stu laty. „Dziennik Wileński".

Towarzystwo Królewskie Przyjaciół Nauk. Z powodu pracy Aleks. Kraushara. „Przegląd Historyczny".

Stosunki Towarzystwa Przyjaciół Nauk z Królewskim Uniwersytetem Warszawskim. Odczyt. „Przegląd Historyczny".

Emigracja Polska. „Tygodnik Illustrowany".

Stosunki Królewskiego Uniwersytetu Warszawskiego z Cesarskim Uniwersytetem Wileńskim. „Z nad Wilji i Niemna". Książka zbiorowa.

Gabinety i muzea wydziału lekarskiego Król. Uniwersytetu Warszawskiego. Zarys historyczny. "Krytyka Lekarska".

1907.

Wydział teologiczny król. Uniwersytetu Warszawskiego. „Kwartalnik Teologiczny".

Kilka słów o szkole lekarskiej w Polsce w końcu XVIII wieku. „Gazeta Lekarska".

Kliniki królewskiego Uniwersytetu Warszawskiego. „Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego".

Wydział lekarski Warszawski. „Medycyna".

Królewski Uniwersytet Warszawski (1816—1830). 3 tomy. Warszawa—Kraków 1907, 1911, 1912, 1913 (skorowidz).

Szkoły Królestwa Polskiego. „Wielka Encyklopedja Powszechna Illustrowana" (1907—1908) t. 40 i 41.

1908.

Krytyka książki Giedroycia p. t. Zapiski do dziejów szpitalnictwa w dawnej Polsce. „Gazeta Lekarska".

Bibljoteka Królewskiego Uniwersytetu Warszawskiego „Przegląd Bibljoteczny".

1909.

Wydział lekarski Królewskiego Uniwersytetu Warszawskiego (1817—1831). Zarys historyczny. Odb. z „Nowin Lekarskich".

Krytyka książki Giedroycia p. t. Nauka o chorobach wenerycznych. „Lwowski Tygodnik Lekarski".

Życiorysy: Albichta, Adamowicza, Girsztowta, Mianowskiego Mikołaja, Rymkiewicza. „Album wybitnych lekarzy polskich", jako dodatek do Nowin Lekarskich 1909—1912.

1910.

Zestawienie przedmiotów, zawartych w gazecie „Wiadomości brukowe", zob. książkę: „Szubrawcy w Wilnie".

Szubrawcy w Wilnie. Zarys historyczny. Wilno.

Krytyka książki Giedroycia p. t.: Z dziejów hygjeny w dawnej Polsce. „Zdrowie".

1911.

Krytyka książki Wrzoska p. t.: Jędrzej Śniadecki, życiorys i rozbiór pism. „Gazeta Lekarska".

Krytyka książki Wrzoska p. t.: Ludwik Bierkowski. „Monografia". „Gazeta Lekarska".

Krytyka książki Giedroycia p. t.: Źródła biograficzno-bibljograficzne do dziejów medycyny w dawnej Polsce. „Gazeta Lek.".

Juljan Titius i jego pamiętniki. „Tygodnik Wileński".

Pierwsze moje stosunki z litwinami. „Tygodnik Wileński".

1912.

Parallela szkół lekarskich polskich w Warszawie i w Wilnie. (1818—1830). Odczyt. „Gazeta Lek.".

Pięćdziesięciolecie Szkoły Głównej Warszawskiej. „Nowiny Lekarskie".

Działalność naukowa Stosława Łaguny. „Sprawozdania Tow. Naukowego Warsz.".

Organizacja szkolna w Księstwie Warszawskiem. Odczyt. „Przegląd historyczny".

1913.

Pisma Marka Gozdowy Wołyniaka. „Przegląd Historyczny".

Temida Polska. Z dziejów piśmiennictwa prawniczego w Polsce. „Tygodnik Illustrowany".

Ocena książki Giedroycia p. t. Rada Lekarska Księstwa Warszawskiego i Królestwa Polskiego (1809—1867). „Gazeta Lekarska".

1915.

Szkoły lekarskie w Warszawie. „Gazeta Lekarska".

1916.

Warszawa pod względem społecznym w ostatniem czterdziestoleciu. Odczyt. „Sprawozdania Tow. Nauk. Warsz.".

Z dziejów cenzury warszawskiej. „Świat".

Uniwersytet Wileński. „Illustracja Polska, Wieś i Dwór".

Służba Zdrowia w Armji Polskiej. Odczyt. "Gazeta Lek.".

Jeden z zapomnianych redivivus (Stosław Łaguna) „Tyg. Illustr.".

PRACE ORYGINALNE.

Dr. RODZIŃSKI Ryszard. Lwów.

W sprawie leczenia wysoko usadowionych przetok jelita cienkiego i dwunastnicy.

Z oddziału chirurg. dla dzieci Szpit. św. Żofji we Lwowie.

Niebezpieczeństwa przetok najwyższych odcinków jelit (mam tu na myśli przedewszystkiem przetoki dwunastnicy i najwyżej położonych odcinków jelita cienkiego) są aż nadto dobrze znane, by szerszemu ich omówieniu poświęcić więcej czasu i miejsca. Przetoki te powstają najczęściej jako powikłanie po zabiegach operacyjnych dokonanych na jelitach i innych narządach jamy brzusznej, niejednokrotnie stwarzamy je rozmyślnie, posługując się niemi jako ostatecznym środkiem ratowniczym w wypadkach ostrej niedrożności jelit i t. p.

Skutki wysoko we właściwem tego słowa znaczeniu usadowionej przetoki jelita, o ile nie uda nam się jej zamknąć zawczasu w drodze zabiegu operacyjnego, są dla ustroju w przeważnej części przypadków bardzo zgubne. Stała niczem nie dająca się powstrzymać utrata miazgi pokarmowej a co najważniejsze niezbędnych soków trawiennych, szybko bardzo się szerzące sprawy ropne w powłokach brzusznych, wywołane drażniącem działaniem soków trawiennych na otoczenie przetoki, oto czynniki, które sprowadzają rychłą śmierć ustroju.

W dzisiejszym stanie chirurgji stoimy najczęściej zupełnie bezradni wobec tego stanu rzeczy, gdyż nikłemi zaiste nazwać można wyniki otrzymane w podobnych razach n. p. z zespolenia jelitowego sposobem Witzla, wykonanego w innym odcinku jelita, zabiegu umożliwiającego dostateczne odżywianie chorego oraz innych stojących nam do usług zabiegów bardziej doszczętnych. Z tych ostatnich mam tu przedewszystkiem na myśli bezpośrednie zabiegi w obrębie samej przetoki, jak to obszycie samego jej otworu jużto w powłokach brzusznych in situ, jużto w uwolnionym odcinku jelita, dalej wycięcie zupełne przetoki z następową rekonstrukcją ciągłości samego jelita, względnie zabieg najbardziej doszczętny, jakim jest zespolenie żołądkowo-jelitowe z dodatkowem zamknięciem wychodu żołądka, wykonanem jednym ze znanych sposobów. Zabiegi powyższe, które musimy często wykonywać w warunkach jak najniekorzystniejszych (środowisko ropne, zły stan odżywienia itd.) kończą się przeważnie niepomyślnie.

W zeszłym roku chirurgowie niemieccy A h r e n s, P a m p e r l i K a e l l e r ogłosili bardzo pomyślne wyniki leczenia wysoko usadowionych przetok jelita cienkiego sposobem podanym przez K a p p i s a jeszcze w r. 1911. Ten ostatni użył swego sposobu do usunięcia przetoki jelitowej, którą wykonał w celu leczenia rozlanego ropnego zapalenia otrzewny wikłającego zabieg operacyjny z powodu przepukliny uwięzgniętej.

Sposób ten polega na tem, iż w światło jelita otworu przetoki wsuwa się saczek gumowy średniej grubości w kształcie I w ten sposób, iż ramię krótsze mierzące 8—10 cm spoczywa w osi jelita, zaś ramię drugie znacznie cieńsze od poprzedniego około 30 cm długie uchodzące pod kątem prostym z punktu środkowego ramienia krótszego wychodzi przez otwór przetoki na zewnątrz.

Jak wyżej nadmieniłem ramię krótsze nazwę je poziomem, powinno być z sączka średniej, grubości (małego palca), zaś na ramię dłuższe prostopadłe nadaje się najlepiej cienki zgłębnik Nelatona. Ten ostatni przytwierdzamy w ten sposób, iż w połowie długości ramienia poprzecznego robimy mały otworek nożyczkami i wszywamy weń kilkoma szwami jedwabnymi przekrój poprzeczny zgłębnika, względnie taki sam przekrój innego cienkiego sączka gumowego. Co do grubości samych ścian sączka to ważnym ma być zdaniem Ahrensa i Kappisa — dobór grubości ściany ramienia poziomego. Nie powinna ona być zbytnio gruba, lecz przeciwnie wiotka i podatna, gdyż tylko saczek o wiotkich ścianach może zdaniem Kappisa dzięki temu, iż ciśnienie wśródjelitowe przenosi się i na wnętrze jego podatnych ścian, dostosować się i utrzymać w świetle jelita a temsamem zapewnić możliwie względne krążenie treści jelitowej. Ramię prostopadłe służy do odprowadzania gromadzących się w świetle jelita gazów,ponadto nie pozwala ono wsunąć się ramieniowi krótkiemu w głąb jelita, a co najważniejsze, że można przez ten cienki sączek chorego dożywiać bezpośrednio, względnie podawać środki przeczyszczające, o ile tego zachodzi potrzeba.

Powyższy sposób podany poraz pierwszy przez Kappisa wynalazł poraz drugi Ahrens w r. 1925, zaś Pamperl i Kaeller podali jego modyfikację.

Różni się zaś sposób tych ostatnich chirurgów tem od sposobu Kappisa, iż nie wprowadzają do światła jelita podobnie jak Kappis sączka w kształcie litery I., lecz zadawalają się jeno wsunięciem w światło jelita odcinka gumy, otrzymanego z przepołowionego wzdłuż 8—10 cm długiego sączka gumowego. W pośrodku takiej łódeczkowatej płytki gumowej zakłada się w odległości 2 cm od siebie po jednej pętelce jedwabnej. Te ostatnie robimy w ten sposób, że nitkę jedwabną opatrzoną dwoma igłami przeprowadzamy ze strony wewnętrznej (wklęsłej) saczka na zewnętrzną (wypukłą), zakładając oba wkłucia w odległości 2 mm. od siebie i na stronie zewnętrznej (wypukłej) związujemy obie nitki tuż przy samej powierzchni sączka. Następnie popod każdą z osobna w ten sposób powstałą, w środku samej płytki leżącą pętelkę przeprowadzamy po jednej grubej nitce jedwabnej, tak, że nasza płytka gumowa zwisa teraz na dwóch podwójnych nitkach. Samą płytkę gumową wprowadzamy teraz do światła jelita w ten sposób, by pętelki a zarazem i nitki od nich biegnące wychodziły samym środkiem przetoki na zewnątrz a cztery końce tych ostatnich związujemy jużto sposobem Pamperla ponad podłużny zewnętrzny otwór przetoki szczelnie zamykajacym wałeczkiem gazy, lub jak to czyni Kaeller ponad grubym sączkiem gumowym przebiegającym podłużnie a przylegającym równie ściśle do zewnętrznego otworu przetoki. Ani Pamperl, ani Kaeller nie posługują się w swych sposobach sączkiem zewnętrznym autorów poprzednich.

Co do późniejszych losów sączka względnie płytek gumowych, to Kaeller i Pamperl usuwają płytki w stosownym czasie, kiedy to przetoka zmniejszyła się już tak dalece, że nie grozi choremu znaczniejsza utrata treści pokarmowej, a i widoki wygojenia się przetoki są pomyślne, zaś Kappis i Ahrens obcinają w końcowym okresie gojenia się przetoki zewnętrzny sączek, pozwalając wewnętrznemu odejść drogą naturalną.

Ahrens — Kappis zastosowali swój sposób każdy z nich tylko u jednego chorego i to oba razy z pomyślnym wynikiem. Pamperl — Kaeller swój sposób wprawdzie w większej ilości przypadków, nie podają jednak dokładnej ich liczby, a o wynikach swych wyrażają się na ogół zachęcająco.

W miesiącach styczniu i lutym b. r. miałem sposobność leczyć aż dwie wysoko usadowione przetoki jelitowe, z których jedna dwunastnicy, a druga jelita cienkiego i zastosowałem do ich leczenia sposobu Kapis - Ahrensa.

Pierwszy przypadek dotyczy chłopaka 7-mio letniego, przyjętego do Szpitala 10. II. br. z objawami ograniczonego zapalenia otrzewny, umiejscowionego głównie po prawej stronie jamy brzusznej. Przebyta przed dwoma tygodniami sprawa nieżytowa płuc nietypowe dla zapalenia wyrostka robaczkowego umiejscowienie wysięku otrzewnowego, gdyż na wysokości, szerokości trzech palców poniżej prawego łuku żebrowego, następnie brak wybitnej bolesności, wymiotów, zaparcia stolca, zatrzymania wiatrów, podobnie jak i brak cechującej sprawy zapalnej wyrostka robaczkowego różnicy pomiędzy ciepłotą odbytnicy a pachy, skłoniły do wykluczenia rozpoznania zapalenia otrzewny na tle dwoinek Fraenkla. Badanie bakterjologiczne ropy wydobytej nakłuciem próbnem, a wykonane przez kol. Goreczyńskiego z Zakładu Higjeny wykazało na płytce z agaru + *ascites* liczne kolonje pneumokokków czystej hodowli, stwierdzając temsamem słuszność naszego rozpoznania.

Szóstego dnia pobytu w Szpitalu początkowo dość dobry ogólny stan dziecka nagle pogorszył się znacznie, ciepłota początkowo umiarkowana podniosła się znacznie, podobnie wzmogła się i bolesność brzucha, twarz przybrała typowy wyraz „otrzewnowej". Groźny ten stan skłonił nas do zaniechania stanowiska wyczekującego zalecanego ogólnie w początkowym okresie zapalenia otrzewny pochodzenia pneumokokkowego. Wykonaliśmy więc w uśpieniu eterowem otwarcia ropnia. Jednak ropa, która wydobyła się w chwili otwarcia jamy brzusznej nie miała już tym razem wyglądu ani cech ropy wydobytej nakłuciem próbnem przed tygodniem. Uderzył nas teraz zapach właściwy ropie, wywołany prątkami okrężnicy, pozatem w samej ropie znaleźliśmy w obfitej ilości miazgę pokarmową w postaci niezupełnie strawionych resztek jadła. Stało się więc jasnem, że ropień drogą samowyleczenia przebił się do światła jelita, ogólne zaś pogorszenie stanu chorobowego należałoby tłumaczyć następstwami zakażenia mieszanego treścią jelitową, jakiemu uległ niedostatecznie do światła jelita opróżniający się ropień wśródotrzewnowy oraz wynikłemu stąd postępującemu zapaleniu otrzewny. Z powodu złego stanu dziecka poniechaliśmy na razie dalszych starań w kierunku ewentualnego odnalezienia względnie zamknięcia domniemanej przetoki wewnętrznej jelita, a ograniczyliśmy się jedynie do opróżnienia przepłukania jamy ropnia i wysączkowania jej sączkami gumowymi i gazą sposobem ogólnie przyjętym. Wieczorem w dniu operacji opatrunek dziecka był już zupełnie przemoczony strawą pokarmową. Na drugi dzień wśród opatrunku pokazało się, że pokarm płynny (mleko, kawa) wydostają się w zupełności bardzo szybko drogą rany operacyjnej na zewnątrz, a wygląd dziecka począł już zdradzać wyniszczenie ustroju. Trzeciego dnia po zabiegu licząc na wytworzoną ziarninę i ochronne zrosty, postanowiłem odszukać otwór przetoki w jelicie i jakimkolwiek zabiegiem zamknąć go.

W lekkiem odurzeniu eterowem udało mi się po rozszerzeniu na tępo rany brzusznej ujrzeć otwór w jelicie z powodu jego głębi dopiero przy pomocy oświetlenia sztucznego, zapomocą zwiercia-

dla czołowego, gdyż odległość otworu w jelicie od rany operacyjnej wynosiła przeszło 20 cm. W otwór ściany jelitowej wielkości jedno złotówki wpukłała się ściana przeciwległa jelita dość znacznie jako t. zw. „ostroga“.

Nie ulegało zatem dla nas żadnej wątpliwości, że mieliśmy przed sobą przetokę wewnętrzną jednego z najwyższych do tylnej ściany jamy brzusznej umocowanych odcinków jelita t. zn. dwunastnicy lub najwyższego odcinka jelita cienkiego. Za trafnością tego spostrzeżenia przemawiało poza bardzo szybko w ranie pojawiającą się prawie niezmienioną zupełnie miazgą pokarmowa, także i głębokość położenia otworu wewnętrznego przetoki.

Nie mogąc liczyć na skuteczność żadnego z zabiegów doszczętnych (trudności techniczne, bardzo zły stan dziecka) postanowiłem zastosować w tym przypadku I. sączek Kappisa dla zamknięcia przetoki. Wprowadzenie jego poraz pierwszy nie było łatwem, gdyż głębokość otworu przetoki, ostroga a nadewszystko zaś kolankowate zgięcie jelita samego i umocowanie ścian jego do tylnej ściany brzusznej nastręczało z początku sporo trudności technicznych. Dały się one jednak przezwyciężyć, tak, iż sączek udało się w zupełności podług zasad sposobu Kappisa wprowadzić w głąb światła jelita, a i kilkakrotnie później potrzebne zmiany jego, odbywały się teraz już daleko łatwiej.

Pierwszego dnia po tym zabiegu, zdawało się, że ilość miazgi pokarmowej przedostającej się na zewnątrz jest nieco mniejszą. Niestety już na drugi dzień dziecko, mimo kilkakrotnej dziennej zmiany opatrunków formalnie pływało w swej treści pokarmowej. Skóra brzucha poczęła wykazywać zmiany właściwe dla działania soków trawiennych górnych odcinków jelit, a stan odżywienia dziecka podupadał z godziny na godzinę. W tydzień po włożeniu sączka gumowego dziecko zmarło.

Sekcja zwłok wykonana przez kol. Janusza wykazała, że otwór przetoki mieścił się w ścianie dwunastnicy w odległości 2 cm od krzywizny dwunastnico-jelitowej.

Sączek nasz leżał w świetle dwunastnicy w ten sposób, iż większa część jego znajdywała się w dośrodkowym odcinku jelita, licząc od otworu przetoki, zaś mniejsza jego część około 500 mm. długa leżała w części ośrodkowej tkwiąc tam jednak mocno, tak, iż dzięki sączkowi ciągłość światła jelita była w zupełności zachowana.

Przyczyną śmierci dziecka była ogólna chera wywołana stałą utratą miazgi pokarmowej wskutek istniejącej przetoki dwunastnicy.

Drugi przypadek dotyczył chłopaka 8-mio letniego, u którego jeden z lekarzy oddziałowych dokonał zabiegu w 6-ym dniu choroby, z powodu ropnego zapalenia wyrostka robaczkowego.

Trudności techniczne, jakie się wyłoniły z obecności rozległych zrostów oraz ukrytego położenia samego wyrostka, skłoniły operatora do poprzestania na samem tylko nacięciu i wysączkowaniu ropnia. Możliwe objawy ze strony jamy otrzewny poczęły ustępywać już w drugim dniu po zabiegu. Na trzeci dzień opatrunek przesiąknięty wydzieliną kałową. Przy zmianie tegoż okazuje się, że brzegi rany ropiejąc rozstąpiły się znacznie, a z głębi jej wydostaje się kał w bardzo znacznej ilości. Po rozwarciu rany i jej bliższem oglądnięciu okazuje się, że punktem wyjścia treści kałowej są dwa otwory w ścianach jelit, z których jeden wydzielający treść uformowaną wybitnie kałową, odnieśliśmy jako należący do kątnicy, drugi zaś wydzielał ciecz odpowiadającą wyglądem i spoistością wydzielinie wyższych odcinków jelit, zaczem poza resztkami zupełnie niestrawionych cząstek pokarmów przemawiały rozległość i szybkość z jaką pojawiły się zmiany skórne, a nadewszystko szybki ubytek siły dziecka cechujący stany wygłodzenia wysokiego stopnia.

Postanowiliśmy zastosować początkowo sposób Kappis-Ahrensa, ograniczając się do wprowadzenia sączka w światło przetoki jelita cienkiego, jako bardziej dla dziecka niebezpieczny. I tu również mimo to, iż postąpiliśmy ściśle według wskazówek autorów nie osiągnęliśmy spodziewanej poprawy ciężkiego stanu dziecka. Podobnie jak poprzednie pływało ono stale w treści kałowej. Postanowiłem zatem w drodze zabiegu operacyjnego zamknąć przynajmniej otwór przetoki w jelicie cienkiem. Zabieg ten nie przedstawiał zbytnich trudności, gdyż otwór w ścianie jelita leżący dość powierzchownie udało się uprzednio po oddzieleniu ściany jelita zamknąć dokładnie szwem dwupiętrowym. Nieco gorzej było z zamknięciem wielkiego ubytku na przedniej ścianie kątnicy, który z powodu trudności technicznych udało się tylko częściowo zeszyć. Przebieg pooperacyjny był nadspodziewanie dobry. Charakterystyczna treść z jelita cienkiego nie pojawiła się więcej, ustępując miejsca skąpej, zbitej wydzielinie kałowej, mającej swe źródło w niezupełnie zamkniętej kątnicy. Zmiany skórne w powłokach poczęły szybko ustępować. W 8 dni po zabiegu znikła zupełnie wydzielina kałowa, a rana wydzielała już tylko ropę. W 8. tygodni później wykonano z pomyślnym wynikiem doszczętnego wycięcia wyrostka robaczkowego wśród zupełnie łatwych warunków.

Z opisu powyższych dwóch przypadków widzimy, że stosowanie sposobu Kappisa obydwa razy nie dało nam spodziewanego wyniku leczniczego. Kappis zastosował swój sposób tylko w dwóch przypadkach, Ahrens zaś raz tylko. Kaeller posługiwał się swą modyfikacją powyższych zabiegów częściej, nie podaje jednak dokładnej liczby leczonych chorych. Wszyscy ci chirurgowie zachwalali ten sposób. O ile jednak Kappis i Kaeller polecają stosowanie sposobów swych, jako nadających się przedewszystkiem do usuwania przetok założonych sztucznie we wyższych odcinkach jelit cienkich i na podstawie swych dobrych wyników zachęcają nawet do częstszego wykonywania tych przetok jako ostatecznego zabiegu ratowniczego w przebiegu ostrej niedrożności jelit, sposobu operacyjnego, którego nie tak bardzo chętnie używamy właśnie z powodu wyżej wymienionych ujemnych dla ustroju skutków przetoki, zwłaszcza jelit cienkich, to Ahrens twierdzi, że sposób Koppisa oddał mu również dobre usługi w jego przypadku przetoki dwunastnicowej.

Sądząc jednak z opisu przypadku choroby Ahrensa, pozwoliłem wyrazić sobie pewne wątpliwości co do tego, czy Ahrens w jedynym swym przypadku, w którym sposobu Kappisa użył, miał rzeczywiście do czynienia z prawdziwą przetoką dwunastnicową, albowiem otrzymał ją operując z powodu objawów ostrej niedrożności jelit zraniwszy przypadkowo w chwili otwarcia jamy brzusznej w linji środkowej ciała pomiędzy pępkiem a spojeniem łonowem ścianę odcinka jelita leżącego najbardziej powierzchownie. Nie wydaje mi się prawdopodobnem, by w tem miejscu mógł natknąć się na ścianę dwunastnicy, o której wiemy, że dzięki swemu położeniu pozaotrzewnowemu jest narządem trudniej dostępnym. Mógł w tem miejscu natrafić Ahrens najprawdopodobniej na jedną z najwyżej położonych pętli jelita cienkiego. Tem też należy sobie tłumaczyć, iż mając przed sobą powierzchowną pętlę nie napotkał na większe trudności w wprowadzeniu sączka w głąb jego światła, czego nie moglibyśmy powiedzieć o naszym przypadku, gdzie dopiero przy pomocy reflektora czołowego i po pokonaniu dość znacznych trudności, jakie nastręczał nam poza głębią pola operacyjnego głównie podkowiasty przebieg, udało się nam włożyć sączek odpowiednio w światło jelita. Ale i stosując sposób Kappisa w naszym drugim przypadku na pozór nadającym się do leczenia tym sposobem, gdyż ze względu na swe powierzchowne położenie odpowiadał poniekąd warunkom wymaganym przez Kappisa, nie otrzymaliśmy szybkiego zamknięcia się przetoki. Z dnia na dzień pogarszający się stan chorego dziecka zmusił nas uciec się do radykalniejszego zabiegu operacyjnego. Dokładna obserwacja w tym przypadku wykazała, iż sączek włożony do otworu przetoki wtłaczał wprawdzie wstecz wypukłającą się na zewnątrz przeciwległą otworowi przetoki ścianę jelita, mimo to nie mógł on zapobiec wybuchowemu wporst wydostaniu się treści pokarmowej z dośrodkowego odcinka jelita, już chociażby z tego względu, że bardzo szybko zatykał się miazgą pokarmową, tak, że wypływała ona obok niego.

Pozatem okazało się, że zapora, jaką wedle Kappisa ma stanowić prostopadły sączek nie jest dostateczną ochroną przed wydostawaniem się dośrodkowej połowy sączka ze światła jelita, tak, iż kilkakrotnie musieliśmy go wprowadzać z powrotem w światło jelita. Kappis i jego następcy stosując do leczenia wysokich przetok jelita dopieroco wymienione postępowanie wzorowali się na sposobie podanym już dawno przez Kehra i innych, w sposobie, służącym do sączkowania dróg żółciowych po rozmaitych zabiegach operacyjnych wykonanych w ich obrębie. I tak użył Kehr pierwotnie I. sączka do sączkowania przewodu żółciowego wspólnego jedynie w celu jego odkażenia i wydobycia resztek zalegających a uszłych uwagi kamyków żółciowych. Jednak późniejsze spostrzeżenia nauczyły chirurgów, że z pomocą sączka gumowego możemy uzyskać nietylko zupełną odbudowę częściowych uszkodzeń ścian wspólnego przewodu żółciowego, ale że i zupełne przerwanie tego przewodu a nawet i większe ubytki w jego ciągłości odradzają się doskonale na sączku gumowym.

Nie wydaje mi się jednak, by sączek gumowy w leczeniu przetok kałowych mógł nam oddać te same usługi, co i w leczeniu przetok żółciowych. Albowiem przetoka żółciowa wydziela po największej części ciecz cienko płynną, pozbawioną domieszki części stałych (drobny piasek żółciowy nie wchodzi tu w grę) sączek gumowy nie zatykając się tak łatwo spełnia zawsze doskonale swe zadanie, brak ruchów robaczkowych w ścianach przewodu żółciowego a co najważniejsze ostrogi z przeciwległej ściany nie wpływają na zmianę położenia sączka. Wszystko to czynniki, dzięki którym gojenie się a nawet uzupełnianie większych ubytków dróg żółciowych idzie znacznie łatwiej, aniżeli to ma miejsce przy stosowaniu tego sposobu do zamknięcia przetok jelitowych.

O ile byśmy jednak na podstawie doświadczeń Kaellera, poczynionych u większej ilości chorych mogli być poniekąd częściowo uprawnieni do dalszych prób stosowania sposobu Kappisa, w wypadkach przetok jelitowych rozmyślnie założonych t. zn.

bardzo powierzchownie leżących, a więc zewnętrznych, to odradzałbym stanowczo posługiwać się nim w wypadkach przetok, jak w naszym przypadku, dwunastnicowych t. j. przetok wewnętrznych. Tu napotykamy często na tak wielkie trudności techniczne, najczęściej skutkiem głębokiego położenia otworu w jelicie, iż czas obrócony na usiłowanie przywrócenia drożności zapomocą sączka gumowego słusznie można uważać za stracony.

Co do samej przetoki dwunastnicowej, to leczenie jej jest nadzwyczaj trudne i niewdzięczne. Colp na 8 przypadków przetok uzdrowił tylko 2 chorych. Cameron podaje wysokość śmiertelności na 28 przypadków z piśmiennictwa jako 43 procent. Z 8-miu przypadków znanych Fischerowi zmarło 5. Z całego szeregu sposobów operacyjnych, jakie różni chirurgowie stosowali w leczeniach przetoki dwunastnicowej najlepsze stosunkowo dawała jejunostomja wykonana sposobem Witzla puiżej przetoki. Przez nią karmi się chorego zabraniając równocześnie przez pewien okres czasu podawać mu pokarmy doustnie i tak: Mac Guire, Cameron, Pannet, Colp chwalą ten sposób, inni a między nimi i Küttner odrzucają go bezwzględnie. Ostatnimi czasy udało się Einhornowi wyleczyć dwóch chorych, u których sondę dwunastnicową włożoną doustnie przeprowadził poza otwór przetoki tj. w głąb samego jelita cienkiego. Cameron wyratował również tym sposobem jednego ze swych chorych. W przypadku moim nie zastosowałem tego sposobu, gdyż chory był tak wycieńczony, iż nie chciałem go męczyć wprowadzaniem zgłębnika.

Nakoniec muszę dodać, że przypadek nasz przetoki wewnętrznej dwunastnicy zasługuje jeszcze może z tego względu na wzmiankę, iż należy do nielicznych tego rodzaju opisanych w piśmiennictwie. Melchior w swej bardzo wyczerpującej monografji: „Chirurgie des Duodenum“ nie notuje podobnego powikłania ze strony ropnia na tle pneumokokków, podając, że powikłania podobne do naszego, lecz ze strony ropni około nerkowych, wątrobowych, trzustkowych opisywano kilkakrotnie. Ropnie te nie były jednak nigdy ani wolnymi ropniami wśródotrzewnowymi, nie były też nigdy pochodzenia pneumokokkowego. Ze względu więc na etjologję ropnia w naszym przypadku, i jego powikłanie możemy go nazwać słusznie niezwykle rzadkim, a może nawet jedynym w swoim rodzaju.

Władysław STERLING. Warszawa.

Zjawiska odruchowe w palcach dłoni analogiczne do objawów Babińskiego i Rossolimo *).

Semiologja kliniczna zmian neurologicznych w obrębie kończyn górnych różni się dość znacznie od semiologji zmian w obrębie kończyn dolnych, zwłaszcza, o ile dotyczy to zaburzeń ruchowych, odruchowych, hiperkinetycznych oraz zjawisk obronnych. Szczególnie wyraźnie jednak zaznaczają się te różnice kliniczne, jeżeli chodzi o organiczne zaburzenia nerwowe dotyczące palców dłoni w zestawieniu z palcami stóp. Wynika to oczywiście z faktu, że w okresie rozwoju filogenetycznego, który oddziela człowieka od zwierząt czworonożnych, stopa i jej palce przystosowały się do celów odmiennych (akt chodzenia i podtrzymywania tułowia), aniżeli dłoń i jej palce (ruchy chwytne, manipulacje związane z czynnością jedzenia, ubierania się i t. p., subtelne ruchy pisarskie, tak zwane „ruchy wyraziste“). M a r i n e s c o wykazał, że w rzadkich przypadkach odruchów w kończynach górnych o charakterze tak zwanego „automatyzmu rdzeniowego“ efekt ruchowy obronny szkicuje nietylko ruch chodzenia właściwy k o ń c z y n o m p r z e d n i m zwierząt czworonożnych, ale wykazuje również tendencję chwytną. Nic też dziwnego, że djagnostyka różniczkowa, zmierzająca zwłaszcza ku odgraniczeniu zachorzeń organicznych od czynnościowych, operuje odmiennym aparatem semiologicznym dla kończyn górnych i dolnych. Aparat ten jest, jak wiadomo dla kończyn dolnych daleko bogatszy niż dla górnych i zwiększa się bardzo szybko niemal z miesiąca na miesiąc. Posługuje się on w tym celu 3-ma kategorjami zjawisk natury: s y n k i n e t y c z n e j (objawy Raimist'a, Caccialpuotti'ego, Hoover'a, Grasset'a i wiele innych), o b r o n n e j (zjawiska nakreślone po mistrzowsku przez M a r i e g o i F o i x) i o d r u c h o w e j (wzmożenie odruchów ścięgnowych, objawy stopowe). Z objawów tych nabrało szczególnie wielkiego znaczenia zachowanie się palców stopy pod wpływem różnorodnych bodźców, stosowanych na okolicę podeszwową lub grzbietową stopy, na podudzie a nawet na okolicę uda, jako stygmat zaburzeń bądź w układzie p i r a m i d o w y m (objaw Babińskiego, Rossolimo, Oppenheim'a, Mendl'a-Bechterew'a, bądź też w układzie p o z a p i r a m i d o w y m (objaw Schrijver'a-Bernhardt'a).

*) Według odczytu w Warszawskiem Towarzystwie Neurologicznem w d. 1 listopada 1925.

Wbrew jednakże tej ogólnej zasadzie odmienności cech semiologicznych dla kończyn górnych i dolnych ściślejsza analiza kliniczna wykazuje, że niektóre przynajmniej z objawów tych są dla kończyn górnych i dolnych wspólne. Dotyczy to specjalnie objawów B a b i ń s k i e g o i R o s s o l i m o, które dają się wykryć niekiedy również i w obrębie palców dłoni — jeżeli nie w postaci identycznej, to przynajmniej analogicznej do objawów klasycznych.

Jak wiadomo w 1902 r. opisał R o s s o l i m o t. zw. „głęboki odruch palucha stopy“ polegający na odruchowem opuszczaniu się dużego palca stopy, zaś w 1908 r. rozszerzył objaw ten również i na pozostałe palce stopy, nadając mu znaczenie patognomoniczne dla zajęcia torów piramidowych. Od szeregu lat zwróciło moją uwagę, że w tych przypadkach zajęcia torów piramidowych, w których zjawiska porażeniowe ogarniają również kończyny górne, u d a j e s i ę c z ę s t o k r o ć z j a w i s k a a n a l o g i c z n e w y w o ł a ć r ó w n i e ż z p a l c ó w d ł o n i. Z materjału wieloletniego wybrałem 100 zupełnie pewnych spostrzeżeń z zajęciem torów piramidowych z jedno- lub obustronnym udziałem kończyn górnych i dolnych, w których odruchowe zgięcie palców dłoni ujawniło się w 83 przypadkach. Spostrzeżenia te obejmują:

53 przypadki porażenia połowiczego organicznego w rozmaitych okresach,

19 przypadków stwardnienia wieloogniskowego,

5 przypadków *sclerosis lateralis amyotrophicae,*

9 przypadków nowotworów mózgu z objawami połowiczemi,

2 przypadki próchnicy kręgów z uciskiem rdzenia,

1 przypadek przecięcia rdzenia.

Technika wywoływania omawianego objawu niewiele różni się od sposobu wywoływania właściwego objawu Rossolimo z palców stóp. Należy ująć lewą dłonią w stawie nadgarstkowym dłoń chorego, swobodnie zwisającą pod kątem rozwartym i krótkim elastycznym ruchem palców prawej dłoni uderzyć w kierunku grzbietowym w bruścce dłoniowej powierzchni ostatnich paliczków: otrzymamy wtedy charakterystyczne płynne i faliste, jakkolwiek dość szybkie, zgięcie 4-ch ostatnich palców we wszystkich stawach wraz ze zgięciem i przywiedzeniem palucha. Ogólny ten efekt podlega w różnych spostrzeżeniach licznym odmianom co do jakości i natężenia. Częstokroć obok odruchu zgięcia występuje wyraźny ruch addukcyjny czterech ostatnich palców, przyczem w rzadkich bardzo przypadkach efekt ten dominuje nad zgięciem. W innych przypadkach znowu odruch zgięcia ogarnia tylko 4 ostatnie palce, pozostawiając paluch nieruchomym. W innych jeszcze, coprawda rzadkich, przypadkach efekt ogranicza się do zgięcia i opozycji palucha. Jednakowoż najczęstszym niewątpliwie efektem jest łączny odruch zginający wszystkie 5 palców analogicznie do tego, jak to widzimy przy wywoływaniu klasycznego objawu R o s s o l i m o z palców stopy. Zasługuje na specjalne zaznaczenie, że w niektórych przypadkach u d a j e s i ę w y w o ł a ć o d r u c h z k a ż d e g o p a l c a o d d z i e l n i e, p r z y c z e m t e n p a l e c k u r c z y s i ę n a j w y d a t n i e j, z k t ó r e g o w y c h o d z i p o d n i e t a, inne palce jednakże zawsze towarzyszą zgięciem temu najbardziej wydatnemu efektowi. W innych przypadkach wreszcie przy bodźcu, działającym na wszystkie palce, natężenie efektu odruchowego jest tem większe, im bardziej zbliża się do 5-go palca. Dodać należy, że w niektórych przypadkach, wykazujących pewną tendencję do przykurczu palców w zgięciu, efekt odruchowy wikła się występującem następczo zjawiskiem p a l c o t r z ą s u *(clonus digitorum),* który maskować może omawiany ruch.

Dla oceny znaczenia objawu odruchowego zgięcia palców dłoni wydaje mi się wskazane zestawienie go ze zjawiskami współrzędnemi, składającemi się na zespół porażeniowy. Mam tu na myśli stosunek jego do ruchów dowolnych względnie do stopnia ich upośledzenia, do stanu napięcia mięśniowego, do okresu ujawnienia się zaburzeń w szlakach piramidowych — a co najważniejsza — do innych odruchów patologicznych w obrębie kończyn — zwłaszcza górnych. W ogromnej większości obserwacji moich objaw odruchowego zgięcia palców dłoni uwidaczniał się tylko wtedy, kiedy kończyna górna wykazywała stan paretyczny choćby najmniejszego natężenia — zupełnie niezależnie od tego, czy osłabienie ogarniało bardziej dystalne czy bardziej proksymalne odcinki kończyny — czy też całą kończynę górną. Zaledwie w kilku przypadkach udało mi się stwierdzić omawiany objaw wtedy, kiedy w braku wyraźnych objawów paretycznych w kończynie górnej istniało znaczne wzmożenie odruchów z mięśnia trójgłowego i okostnowych szprychowych. W przypadkach bez objawów paretycznych w kończynach górnych i bez korelacyjnego wzmożenia odruchów ścięgnowych objaw odruchowej fleksji palców dłoni nie występuje nigdy. Co się tyczy napięcia mięśniowego, to wbrew oczekiwaniu, udało mi się stwierdzić wspomniany

objaw na przestrzeni najbardziej rozległej skali natężenia napięcia mięśniowego: występował on jednakowo wyraźnie zarówno w zupełnie wiotkich porażeniach dłoni i palców (np. w chorobie Charcot'a), jak przy normalnem napięciu (np. w stwardnieniu wieloogniskowem), jak wreszcie w stanach mniej lub więcej wzmożonego napięcia mięśniowego z tendencją do układów przykurczowych. Na wysokości tych ostatnich objaw ten wyzwala się niewątpliwie w sposób bardziej ułatwiony, jakkolwiek warunki mechaniczne mogą zmniejszać też znacznie jego amplitudę (np. w porażeniu połowiczem z przykurczem w zgięciu palców dłoni).

Najważniejsze jednak jest zestawienie objawu tego z innemi chorobowemi odruchami palcowo-dłoniowemi, których wykrycie jest zasługą ostatnich lat. Stosunki te uwidaczniają następujące dane liczbowe, dotyczące wspomnianego już materjału.

Objaw odruchowego zgięcia palców dłoni: 83.
Objaw Jacobsohn'a-Laska: 41.
Objaw Raimist'a 7.
Objaw Mingazzini'ego 5.
Objaw Nerie'go 13.
Objaw Lerič'go 16.
Objaw Meyer'a 2.

Zestawienie niniejsze świadczy, że ze wszystkich objawów dłoniowych najczęstszy jest objaw odruchowej fleksji palców, pozostając zaledwie nieznacznie w tyle poza właściwym objawem stopowym Rossolimo. Najważniejszą jednakże wydawała mi się konfrontacja kliniczna omawianego tu objawu z objawem Jacobsohn'a — jedynym w całej semiologji, w którym również ujawnia się odruchowe zgięcie palców dłoni, jak wiadomo, przy perkusji dolnego odcinka kości szprychowej. Otóż wbrew jakimkolwiek teoretycznym dedukcjom doświadczenie przekonało mnie, że o jakimś ścisłym paralelizmie pomiędzy objawem Jacobsohn'a a omawianem tu zjawiskiem nie może być mowy, że w licznych bardzo spostrzeżeniach moich ujawniła się odruchowa fleksja palców dłoni bez objawu Jacobsohn'a, co najważniejsza zaś, że w całym szeregu przypadków udało mi się otrzymać odruch Jacobsohn'a bez omawianego tu objawu. Dane powyższe rozwiązują również w sposób negatywny zasługujące na uwagę zagadnienie, czy odruch Jacobsohn'a może być uważany za rozszerzenie terytorjum odruchorodnego omawianego tutaj objawu. Materjał mój, obejmujący przeważnie przypadki przewlekłe zajęcia torów piramidowych, nie pozwala mi na określenie okresu zachorzenia, w którym ujawnia się objaw odruchowego zgięcia palców dłoni, pozwala mi natomiast stwierdzić jego wielką trwałość i niezmienność w przebiegu szeregu miesięcy a nawet lat obserwacji.

Analogje kliniczne objawów odruchowych w palcach dłoni do objawu Babińskiego, są daleko bardziej oddalone. Nigdy dotąd pomimo, że poświęcam tej sprawie od szeregu lat specjalną uwagę, nie udało mi się otrzymać rozgięcia odruchowego palucha dłoni, któreby występowało w sposób izolowany, niewiadomo mi również z piśmiennictwa, ażeby komukolwiek udało się spostrzegać podobny objaw. Natomiast, opisując w 1906 r. przypadek choroby Tay-Sachs'a, zwróciłem uwagę na fakt, że „przy drażnieniu ostrym końcem młotka lub igłą okolicy dłoniowej występował ruch rozginania wszystkich palców dłoni, a więc zjawisko analogiczne do odruchu Babińskiego w palcach stopy". W dalszych spostrzeżeniach moich poczynionych głównie w tem samem cierpieniu fenomenologja objawu tego ulegała nieznacznym warjantom. Objaw udawało się otrzymywać z łatwością bądź przy przeprowadzaniu jakiemś ostrem narzędziem wzdłuż dłoniowej powierzchni kości, bądź przy lekkiem ukłuciu szpilką tej samej okolicy. Najbardziej pomyślnem terytorjum odruchorodnem okazywała się zazwyczaj granica pomiędzy środkowym i szprychowym odcinkiem dłoni, rzadziej okolica kłębu, najrzadziej — kłębika. W odróżnieniu od zjawisk spostrzeganych w palcach stopy czas reakcji wydawał się tutaj daleko bardziej wydłużony, to znaczy, że odruchowe rozgięcie palców dawało się spostrzegać nie natychmiast, ale dopiero co pewien czas po podnieceniu. Sam charakter efektu ruchowego nigdy nie był szybki, nie wykazywał jednak tej charakterystycznej powolności, która cechuje klasyczny objaw Babińskiego. W niektórych obserwacjach moich występowała pewna niewspółmierność pomiędzy okresem narastania reakcji a czasem jej dyssolucji, to znaczy, że powrót palców z pozycji rozgięcia do układu zwyklego odbywał się w tempie powolniejszem aniżeli sam proces rozginania. Zrzadka występowała nawet tendencja do utrzymania na czas krótki układu rozgięcia w postaci tonicznej — występowało to zwłaszcza wtedy, kiedy efektowi ekstazyjnemu towarzyszyła abdukcja palców, a więc zjawisko zbliżone morfologicznie do odmiany wachlarzowatej objawu Babińskiego. W niektórych obserwacjach ten odcień toniczny odruchu występował na tle nierównomiernej amplitudy rozgięcia czterech ostatnich palców i wtedy odruch nabierał cech jak gdyby migawkowej atetozy. Jak to już zaznaczyłem, nie spostrzegałem dotąd przypadku, w którymby odruch ograniczył się do rozgięcia palucha, natomiast w niektórych obserwacjach dotyczył wyłącznie czterech ostatnich palców. W ogromnej większości przypadków jednak efekt rozgięcia odruchowego występował łącznie we wszystkich 5 palcach, przyczem najcześciej amplituda ruchu rozginającego 4 ostatnie palce była większa od ekskursji ruchu rozginającego paluch. Wydaje mi się niezbędne, aby podkreślić tutaj fakt, do którego znaczenia patogenetycznego jeszcze powrócę, że w przeważającej większości obserwacji moich efekt odruchowy ekstensji palców udawało mi się otrzymać z obu dłoni, że więc objaw ten w zasadzie jest obustronny.

Materjał kliniczny, w którym udawało mi się stwierdzić omawiany tutaj objaw, był zupełnie odmienny od tego, w którym występuje zazwyczaj klasyczny odruch paluchowy Babińskiego. Obejmuje on jak dotąd 24 przypadki, a mianowicie:

choroby Tay-Sachs'a 15 przypadków,
wodogłowia wrodzonego 2 przypadki,
choroby Little'a 3 przypadki,
diplegji mózgowej 2 przypadki,
wylewu krwi do komór 1 przypadek,
stwardnienia wieloguzowatego 1 przypadek.

Nadmienić muszę, że wszystkie te przypadki wodogłowia wrodzonego, choroby Little'a, diplegji mózgowej i stwardnienia guzowatego należały do bardzo ciężkich i wszystkie wykazywały niezmiernie głęboki upadek inteligencji graniczący z idjotyzmem. Co jednakże nadawało przypadkom tym piętno szczególnie charakterystyczne, to, że wykazywały one bądź w całości, bądź w postaci częściowej elementy t. zw.: zesztywnienia odmóżdżeniowego *(decerebrate rigidity)*. Zjawisko to — wykryto, jak wiadomo, po raz pierwszy dzięki klasycznym eksperymentom Sherrington'a na zwierzętach przy przecięciu śródmóżdża, zyskuje sobie stopniowo prawo obywatelstwa również i w patologji człowieka. Jest to niewątpliwie zasługa w pierwszym rzędzie Wilson'a, który po raz pierwszy zgrupował ostre i przewlekłe postaci kliniczne, wykazujące pod względem semiologicznym cechy zesztywnienia odmóżdżeniowego. Prace następcze przeważnie autorów angielskich i amerykańskich, jak Rosset'a, Frazer'a, Walsh'a, Riddoch'a i Buzzard'a, Walter'a i Morin'a, Freeman'a, Magnus'a, Marinesco i Radovicie'go przyczyniły się w ostatnich latach do ugruntowania w klinice neurologicznej t. zw. zespołu odmóżdżeniowego, powstającego wskutek wyzwolenia się z pod wpływu mózgu ośrodków śródmóżdża i wykazującego liczne odmiany w przejawach i natężeniu *(„release phenomens")*. Obok decerebracji „fizjologicznej": podczas snu, pod wpływem podniet bólowych i w postaci t. zw. „normalnej reakcji epileptoidalnej", którą można otrzymać dowolnie i na którą zwrócił uwagę Rosett, istnieją różnorodne postaci odmóżdżenia patologicznego całkowitego lub częściowego, dla których niektóre objawy są wprost patognomoniczne. Otóż we wszystkich obserwacjach moich, w których udawało się wykryć odruchową ekstenzję palców dłoni, występowały niektóre z tych charakterystycznych objawów w tem lub innem ugrupowaniu. W większości przypadków udawało się wykryć t. zw. „głębokie odruchy szyjne" w postaci opisanej przez Magnus'a i de Klecin'a oraz wzmożenie t. zw. „napięcia pozycyjnego" *(„tonus de posture")*. W całym szeregu obserwacji uwidaczniało się zesztywnienie kończyn dolnych w rozgięciu wraz z odrzuceniem głowy ku tyłowi i hiperpronacja dłoni, na którą taki nacisk kładzie Wilson. W 2 przypadkach istniał ponadto *opistotonus*, w jednym zaś występował z łatwością t. zw. toniczny odruch posturalny Foix. W niektórych z tych obserwacji, nie wyłączając choroby Tay-Sachs'a istniał równolegle objaw stopowy Babińskiego, w większości przypadków jednak brak było tego objawu. Co się zaś tyczy choroby Tay-Sachs'a, to bez wyjątku we wszystkich przypadkach, w których zacząłem zwracać na to uwagę, objaw odruchowej ekstenzji palców dłoni występował w postaci pozytywnej, należy więc go zaliczyć do stałych i charakterystycznych przejawów tego cierpienia na równi z klasycznemi objawami oftalmoskopowemi oraz z nadwrażliwością słuchu.

Wszystkie fakty powyższe oraz wyjątkowe tylko ujawnianie się odruchowego rozgięcia palców dłoni łącznie z odruchowem rozgięciem palucha stopy — dowodzą, że podczas gdy odruchowe zgięcie palców dłoni jest poprostu przeniesionym na dłoń objawem Rossolimo, odruchowe rozgięcie tych palców nie może być uważane za równoznaczne z klasycznym objawem Babińskiego i traktowane jako wyraz zajęcia torów piramidowych. Nie przesądzając faktów ani nie budując teorji, byłbym skłonny raczej nadawać mu znaczenie równorzędne z różnorodnemi zjawiskami odmóżdżeniowemi, które występo-

wały tak wyraźnie w cytowanych już przypadkach moich w o d o g ł o w i a w r o d z o n e g o, choroby L i t t l e 'a, d i p l e g j i m ó z g o w e j, s t w a r d n i e n i a g u z o w a t e g o oraz w'y l e w u k r w i d o k o m ó r. Występowanie stałe objawu tego w chorobie T a y - S a c h s 'a nietylko nie zaprzecza tej koncepcji, ale raczej ją potwierdza, cierpienie to bowiem jest klasycznym przykładem sprawy patologicznej, która, poczynając się niepostrzeżenie, dąży nieuchronnie do jak najdalej posuniętych postaci zesztywnienia odmóżdżeniowego, towarzyszących zawsze późniejszym okresom choroby.

Z PRAKTYKI.

Dr. Zdzisław MAURER, st. sekundarjusz szpitala. Rzeszów.

Przyczynek do leczenia ostrego gośćca stawowego kollargolem.

(Ze szpitala powszechnego w Rzeszowie).

Poruszam rzecz nienową, nieco może zapomnianą, czy niedocenioną, t. j. leczenie kollargolem ostrego gośćca stawowego.

Kollargol stosowałem od szeregu lat szukając dróg by leczenie ostrego gośćca stawowego uprościć i o ile możności skrócić. W piśmiennictwie światowem nie wiele jest prac w tym kierunku. Z polskich mimo poszukiwań nie znalazłem żadnego. Tem bardziej zainteresuje może każdego wynik moich długotwałych prób z kollargolem w leczeniu *polyarthritis rheumat. acuta.*

Leczyłem na ogół w tutejszym szpitalu 111 przypadków ostrych kollargolem, stosując początkowo wcierania Crede'go, zastrzyki podskórne i śródmięśniowe a nawet tu i ówdzie wlewki odbytnicowe kollargolu podług Loebla, zanim zdecydowałem się na wyłączne jego dożylne zastrzyki.

Chcąc mieć jasne, czyste obrazy wartości leczniczej kollargolu w ostrym gośccu stawowym — nie posługiwałem się przy jego dożylnych wlewkach żadnymi innymi lekami.

Używałem i używam stale 2°/o rozczynu wodnego oryginalnego kollargolu Heydena w ilościach od 5—10 cm³, które okazały optimum działania. Dawki po 5 cm³ stosuję u osobników do 15 roku życia i wyjątkowo osłabionych charłaczych starszych, u wszystkich innych dawki między 7 a 10 cm³.

Dawki mniejsze zawodziły często.

Wyniki leczenia kollargolem osiągnięte przeze mnie przy ostrym gośćcu stawowym były tak zdumiewające, że mimowoli przychodzą na myśl słowa Hocheisena o działaniu kollargolu przy gorączkach połogowych: „seine Wirkung grenzt manchmal an das Wunderbare und kann in den Krankengeschichten nicht wiedergegehen werden".

Leczone przeze mnie przypadki podzieliłem dla orjentacji na trzy grupy. Do pierwszej wliczyłem przypadki ostrego gośćca stawowego, występującego poraz pierwszy, nie powikłanego zmianami serca; — do drugiej ostre jego nawroty bez powikłań sercowych, a do trzeciej przypadki ostre pierwszej i drugiej grupy, jednak komplikowane cierpieniami sercowymi. Przypadki gośćca stawowego przewlekłego i mięśniowego nie nadają się na ogół do leczenia kollergolem, jakkolwiek tu i ówdzie stwierdzałem po jego zastosowaniu i w tych przypadkach nieoczekiwane skutki tam, gdzie zawiodło każde inne leczenie.

Podane poniżej zwięzłe historje chorobowe leczonych przezemnie przypadków — pozwolą każdemu poznać wartość leczniczą kollargolu i wysnuć dla siebie odpowiednie wnioski.

Z g r u p y I-ej:

Nr. p: 1. Roman G., 15 lat, chłopiec szewski z Rzeszowa, l. pr. szp: 91/23, przyjęty 4. I. z ostrym gośćcem stawów skokowych i nadgarstkowych. Żadnych powikłań ze strony innych narządów. Chory zniósł wlewki dożylne 2°/o kollargolu à 5 cm³ w dniach 4 I. i 6. I. bez wybitnej reakcji. Na trzecią wlewkę d. 8. I. odpowiedział silnymi dreszczami i podniesieniem ciepłoty do 40·1° C, poczem nad ranem wśród obfitych potów spadła ciepłota na 36 6° C. Równocześnie znikły bole i obrzęki stawów.

Pozostał jedynie ból w prawym stawie nadgarstkowym, który był głuchy na wszelkie stosowane leczenia (salicyl, zastrzyki mleka, naparzania gorącem powietrzem). Po zastosowaniu jeszcze jednej wlewki kollargolu dożylnie w d. 18. I. z silnym ogólnym odczynem ustąpił dopiero ból i z tego stawu.

Chory opuścił szpital 27. I. 923 zupełnie zdrowy. Czas jego pobytu w szpitalu wynosił 24 dni, czas leczenia: 17 dni. — Trzy zastrzyki dożylne. Ilość zużytego leku 0·30 gr.

Nr. p: 2. Marja O., 60 lat, wyrobnica z Sędziszowa, przyjęta do szpitala 17. VII. 1923, l. pr. szp. 1172/23 r. z bolesnymi obrzękami obydwu stawów skokowych i kolanowych przy ciepłocie 38·1° C.

W narządach wewnętrznych brak powikłań. Zastrzyknięto 5 cm³ 2°/o rozczynu kollargolu dożylnie. Reakcja wieczorem silna. Gwałtowne dreszcze i ciepłota 39° C. Nad ranem poty i spadek ciepłoty na 36·9° C. Bole ustąpiły zupełnie. Obrzęki stawowe mniejsze.

Po drugiej dożylnej wlewce kollargolu w tej samej dawce w d. 20. VII. z burzliwym ogólnym odczynem krytyczny spadek ciepłoty nad ranem na 36·3° C, z ustąpieniem trwałem obrzęków stawowych. Wypuszczona ze szpitala 31. VII. po 15-o dniowym pobycie. Czas leczenia trwał 5 dni. Dwa zastrzyki kollargolu (0·20 gr. leku).

Nr. p: 3. Estera H., kupcowa, lat 38, z Rzeszowa, chora od 4 dni na ostry rheumatyzm obydwu stawów kolanowych lewego skokowego i prawego barkowego. Przyjęta do szpitala 23. X. 1923, l. pr: 1607/23. Dwa zastrzyki dożylne 2°/o kollargolu à 7 cm³ w dniach 23. X. i 25. X. nie wywołały pożądanej reakcji. Ciepłota podniosła się wprawdzie nieznacznie, nie było dreszczów, nie było podmiotowej i przedmiotowej poprawy.

Po trzecim zastrzyku w d. 27. I. skoczyła ciepłota z 38·1° C. na 40:7° C. wśród gwałtownych dreszczów. W ślad za tem obfite poty nad ranem i kollaptyczny spadek temperatury na 36·3° C. Równoczesne zniknięcie bolów i obrzęków.

Wypisana ze szpitala zupełnie zdrowa 30. II. 1923. Czas pobytu w szpitalu wynosił 30 dni, czas leczenia 6 dni. Trzy zastrzyki, 0·42 gr. kollargolu.

Nr. p: 4. Józef B., 14 lat, uczeń z Pobitnej, przyjęty z rozpoznaniem: *polyarthritis rheum. acuta* do szpitala w d. 12. II. 1924, l. pr: 249/24. Zajęte wszystkie stawy kończyn. Bolesność bardzo silna. Obrzęki mierne. Ciepłota ciała w chwili przyjęcia 40·2° C. Po zastrzyku dożylnym 5 cm³ 2°/o kollargolu podniosła się ciepłota wieczorem na 40·7° C. Nad ranem spadek ciepłoty na 37° C, by podnieść się pod wieczór do 37·6° i opaść następnego dnia definitywnie do normy.

Równocześnie z pierwszym spadkiem ciepłoty ustąpiły bezpowrotnie bole i obrzmienia stawowe.

Chory opuścił szpital 18. II. 1924 po 7 dniach pobytu w nim, a trzech dniach leczenia. Jeden zastrzyk kollargolu, z 0·10 gr. leku.

Nr. pr: 5. Ciężki przypadek ostrego gośćca stawowego u Anieli T. służącej z Rzeszowa, lat 24. Zajęte niemal wszystkie stawy ciała. *Status typhosus.* Przyjęta do szpitala w dn. 21. III. 1924 w czwartym dniu choroby, l. pr: 462/24. Ciepłota w chwili przyjęcia 39 5° C. podniosła się po wlewce dożylnej 7-u cm³ 2°/o rozczynu kollargolu na 40° C, spadając następnego dnia do 38° C. Bole znikły utrzymując się jedynie w stawach kolanowych. Opuchliny stawowe zmalały o połowę. Zastrzyknięto poraz drugi 23. III. kollargol. Odczyn ogólny i tym razem mały. W ciągu następnych dwu dni lityczny spadek ciepłoty do normy. Zniknięcie d reszty bolów i obrzmień stawowych.

Chora przywieziona do szpitala prawdziwą kaleką — odzyskała w ciągu czterech dni zupełne zdrowie. Wypuszczona ze szpitala 9. IV. pozostawała w nim 20 dni. Odzyskała zdrowie po doprowadzeniu 0·28 gr. kollargolu w dwu zastrzykach.

Nr. pr. 6. Zaniedbany przypadek ostrego gośćca stawowego, trwający od ośmiu dni, z zajęciem obu stawów kolanowych, skokowych, lewego nadgarstkowego i ramieniowego lewego u Jadwigi S., lat 21, służącej z Rzeszowa, przyjętej do szpitala w dn. 8. IX. 1924, l. pr: 1377/24.

Dwa zastrzyki dożylne à 7 cm³ 2°/o kollargolu nie dały pożądanej reakcji w żadnym kierunku. Trzeci zastrzyk zrobiony 13. IX. wywołał gwałtowne dreszcze. wieczorny podskok ciepłoty do 40·3° C, a następnie nad ranem wśród przykrych potów jej spadek na 36·1° C.

Bole znikły zupełnie. Z obrzęków utrzymują się tylko ślady. Ciepłota nie podniosła się więcej. Zmiany stawowe wyrównały się w ciągu następnej doby.

Chora opuściła szpital zdrową 23. IX. 1924, t. j. w szesnastym dniu pobytu w nim, po sześciu dniach właściwego leczenia. Ilość zużytego kollargolu do trzech wlewek wynosiła 0 42 gr.

Nr. p: 7. Marja Ż., 18 lat, wieśniaczka z Lipnicy, przyjęta dn. 20. II. 1924, l. pr. 1770/24. z ostrem zapaleniem *rheum.* obydwu stawów ramieniowych, łokciowych i nadgarstkowych. Chora od 11 dni. Gorączki wieczorne 39° C.

Zastosowano zastrzyki dożylne 2°/o kallergolu à 7 ccm³ w dniach 20. II. i 22. II. Reakcja po zastrzykach mała. W stanie przedmiotowym brak zmian.

Po trzeciej dożylnej wlewce kollargolu w dn. 25. II. bardzo silny odczyn ogólny z trwałym spadkiem ciepłoty następnego dnia. Równoczesne ustąpienie obrzęków i bolesności w stawach.

Chora opuściła szpital 5. XII. 1924, gdzie przebywała przez 16 dni. Wyleczona w ciągu 5 dni po trzech zastrzykach dożylnych w łącznej sumie 0:42 gr. czystego kollargolu.

Nr. p: 8. Bardzo pouczający przypadek ostrego zapalenia obydwu stawów kolanowych na tle reumatycznem u Zofji G., liczącej 19 lat, wieśniaczki z Staromieścia, chorej od 48 godzin, a przyjętej do szpitala 20. III. 1925. l. pr: 539/25.

Po jednym zastrzyku dożylnym 7 cm³ 2% rozczynu kollargolu wystąpiły gwałtowne dreszcze i podniesienie się ciepłoty z 38·2° C. na 41·1° C. Następnego dnia krytyczny spadek gorączki na 36·6° C. ze zniknięciem bolów i opuchlin stawowych w ciągu następnych dwu dni.

Chora opuściła szpital zdrową 3. IV. 1925. po 15-o dniowym pobycie w nim. Dolegliwości chorej ustąpiły w trzech dniach po jednym zastrzyku kollargolu (0·14 gr. leku).

Nr. p: 9. Michał M., lat 29, ślusarz z Rzeszowa, przyjęty do szpitala 3. IV. 1925, l. pr: 534/25, z rozpoznaniem: polyarthritis *rheumat. acuta*. Choroba trwa od 7 dni. Zajęte stawy kończyn i staw żuchwowy prawy. — Po pierwszym dożylnym zastrzyku 7 cm³ 2% kollargolu z małą ogólną reakcją — spadek ciepłoty następnego dnia do 35·2° C. W stanie przedmiotowym nieznaczna poprawa. Wieczorem ponowne podniesienie się ciepłoty, jeszcze większe na drugi dzień. Zastrzyknięto powtórnie kollargol 7. IV. 1925 w tej samej dawce. W następstwie bardzo silne dreszcze i podskoki ciepłoty wieczorem na 40·1° C. Nad ranem rozlewne poty, i trwały, krytyczny spadek ciepłoty do normy. Wyleczenie zupełne w ciągu dwu dni. Wypisany ze szpitala 20. IV. 1925. w 18-ym dniu pobytu. Zupełne wyleczenie nastąpiło w pięciu dniach po dwu zastrzykach w łącznej ilości 0·28 gr. kollargolu.

Nr. p. 10. Józef B., lat 14, bez zajęcia z Rzeszowa, przyjęty do szpitala 9. V. 1925 z rozpoznaniem: *polyarthritis rheumat. acuta*. L. pr. 880/925. Zajęte prawie wszystkie stawy. Chory od dwu dni. Gorączka w chwili przyjęcia: 39·1° C. Chory zniósł dobrze wlewkę 5 cm³ 2% rozczynu kollargolu. Brak zupełny odczynu ogólnego Żadnej poprawy.

Po drugim zastrzyku 10. V. silne dreszcze, gorączka 39:9° C., nad ranem poty i spadek ciepłoty do 36·5° C. Równocześnie podziały się gdzieś bole, a obrzmienia stawowe zmalały do minimum. W ciągu następnej doby ustąpiły i te resztki cierpienia. Gorączka nie podniosła się więcej. Chory opuścił szpital 16. V. wyleczony po 8 dniach pobytu. Zdrowie odzyskał w ciągu trzech dni. po dwu zastrzykach kollargolu (0·20 gr.).

Nr. p: 11. Helena K., 19 lat, służąca z Rzeszowa, przyjęta z ostrym gośćcem stawowym rąk i nóg dn. 1. VI. 1925. L. pr: 1021/25. Chora od pięciu dni.

Otrzymała dwa dożylne zastrzyki 2% rozczynu kollargolu à 7 cm³ w dniach 1. VI. i 3. VI. Po pierwszym z bardzo silnym ogólnym odczynem (41·2° C.) prawie zupełne wyleczenie. Nieznaczna bolesność i resztki obrzęków znikły po drugim zastrzyku, przebiegającym z mniejszą, w każdym razie silną reakcją. Chora opuściła szpital 8. VI. po ośmiu dniach pobytu w szpitalu, wyleczona w trzech dniach. Zużyto 0·28 gr. kollargolu.

Nr. p: 12. Władysław M., lat 19. uczeń szkoły rolniczej w Miłocinie, przyjęty do szpitala dn. 20. VII. 1925. L. pr: 1347/25. z rozpoznaniem ostrego gośćca stawowego, zachorował przed 5 dniami wśród dreszczów i gorączki z kolejnem puchnięciem stawów nogi i ręki lewej.

Zastrzyk dożylny 7 cm³ 2% rozczynu kollargolu w dniu przyjęcia. Pod wieczór dreszcze, gorączka 39·7° C. — W ciągu 24 godzin po zastrzyku zupełne cofnięcie się bolesności i opuchnień stawowych.

Chory opuścił szpital zdrowy 24. VII. 1925. t. j. 5-o dnia po przyjęciu go do szpitala. Wyzdrowiał w ciągu dwu dni po jednym zastrzyku 0·14 gr. kollargolu.

Nr. p. 13. Siostra Szarytka Marja K. ze Lwowa, przyjęta do szpitala w opłakanym stanie 3. VII. 1925. L. pr. 1353/25 z rozpoznaniem: *polyarthritis subacuta rheumat. Inanitio*. Leczona od maja we Lwowie bezskutecznie salicylem, lampą kwarcową, suchem gorącem powietrzem, i t. d. Stałe gorączki, dochodzące do 38·8° C. Opuchnięcie i bardzo wielka bolesność stawów skokowych zwłaszcza lewego, kolanowych, i nadgarstkowych. Chora była tak wynędzniałą i wyczerpaną, że przyniesiono ją z kolei na noszach do szpitala, niezdolną do ruchu, siedzenia na łóżku czy krześle. Zachowanie się serca dobre.

Mimo tak rozpaczliwego stanu zastrzyknięto dożylnie w dniu przyjęcia 7 cm³ 2% kollargolu. Chora zniosła dobrze odczyn ogólny bardzo silny. Wobec tego ponowiono zastrzyki w tychsamych dawkach 5. VII., 7. VII., 9. VII., i 11. VII. Po każdym zastrzyku gwałtowna reakcja. W międzyczasie ustąpienie wszystkich dolegliwości chorej i zmian przedmiotowo stwierdzonych.

Chora, która od maja mimo leczenia się nie ruszyła się z łóżka, a w ostatnich tygodniach nie mogła siedzieć, zaczęła już po dziesięciu dniach leczenia siadać o własnej mocy, siadać w fotelu obok łóżka, wstawać, a nawet chodzić. Czuła się, jakby nowonarodzoną.

Najgorzej było z chodzeniem z powodu pożałowania godnego wyniszczenia chorej i sprawy zapalnej lewego stawu skokowego na tle gruźliczem, co potwierdził roentgen.

Chora pozostała w szpitalu do 28. VIII. 1925 na leczeniu wzmacniającem zrujnowane chorobą długą jej siły i odżywienie.

To, co miał zrobić kollargol, zrobił w ciągu dziewięciu dni po 5 zastrzykach w łącznej sumie 0·70 gr. kollargolu.

Nr. p. 14. Helena B., lat 24, krawczyni z Dąbrowej, przyjęta do szpitala 3. XI. 1925. L. pr. 1673/25 z rozpoznaniem: *rheumatismus artic. acut. multiplex. Anaemia gravis*. — Chora od 7 dni. Zajęte stawy barkowe, łokciowe, nadgarstkowe i międzypalcowe. Gorączka w chwili przyjęcia 38·5° C. Po dwu wlewkach dożylnych à 7 cm³ 2% rozczynu kollargolu z bardzo silnemi reakcjami 3. XI. i 5. XI. nastąpił definitywny spadek ciepłoty do normy i cofnięcie się objawów chorobowych. Chora pozostawała w szpitalu do 8. XII. 1925 z powodu *anaemii* t. j. 4 dni. Wyleczona w ciągu 4-u dni po 2 zastrzykach w łącznej sumie 0·28 gr. kollargolu.

Nr. p. 15. Stanisław F., lat 21, wieśniak z Staromieścia, chory od 11 dni. Rozpoznanie szpitalne w dniu przyjęcia 12. XI. 1925. L. pr. 2018/25: *polyarthritis rheumat. acuta*. Zajęte stawy kolanowe i skokowe obustronnie, i staw nadgarstkowy prawy. Zastrzyk dożylny 7 cm³ 2% kollargolu w dn. 12. XI. minął bez celu. Na drugi zastrzyk 16. XI. odczyn ogólny miernie nasilony ze spadkiem ciepłoty następnego dnia na 37·2° C. i ustąpieniem bolesności i opuchnięć stawów z wyjątkiem stawu nadgarstkowego. Trzeci zastrzyk 18. XI. tej samej dawki kollargolu. Odczyn ogólny bardzo silny. — Chory przebywał w szpitalu 17 dni. Odzyskał zdrowie w ciągu 7 dni, po zużyciu dożylnem 0·42 gr. kollargolu w trzech zastrzykach.

Przeglądając przytoczone historje chorobowe uderza przedewszystkiem krótkotrwałość czasu nasilenia, które trwało w moich przypadkach przeciętnie pięć i pół dnia. Najdłuższy czas leczenia wynosił 17 dni, najkrótszy 2 dni. Ma to doniosłe znaczenie dla praktyki szpitalnej, a także prywatnej. Materjał chorych, jakim rozporządza się przeważnie w naszych warunkach, dotyczy głównie ludzi ciężkiej pracy, którym zależy na jak najszybszem odzyskaniu swojej zdolności roboczej. Żadno inne leczenie nie może dotychczas pochlubić się podobną statystyką dni leczenia. Ta szybkość zdrowienia przy dożylnem leczeniu kollargolem jest prawdopodobnie jednym z bardzo ważnych czynników braku powikłań sercowych, jakie obserwujemy często w ciągu każdego innego leczenia ostrego gośćca stawowego. W żadnym z leczonych przezemnie przypadków kollargolem nie stwierdziłem w ciągu leczenia i późniejszej obserwacji rozwoju jakiegokolwiek sercowego cierpienia.

Najgorzej leczyły się przypadki, które nie reagowały wcale, albo reagowały leniwo na zastrzyki kollargolowe. Im silniejszym był po zastrzykach odczyn ogólny, tem szybszym i pewniejszym skutek leczenia. Od czego zależało i zależy nasilenie tego odczynu, trudno rozstrzygać. Przypadki świeże reagowały silniej, starsze, zaniedbane słabiej, gorzej. Odgrywa tu rolę i to wielką prawdopodobnie właściwość samego ustroju. Przy najsilniejszym odczynie nie obserwowałem nigdy nawet chwilowego zapadu i nie byłem zmuszony do czynnego wkraczania z tego powodu. Przykrą stroną odczynu ogólnego są dreszcze, na które skarżył się każden chory bez wyjątku.

Z grupy II-ej:

Nr. p. 16. Józef K., lat 23, wieśniak z Borku nowego, przyjęty do szpitala 26. VIII. 1924. L. pr: 1329/24 z drugim nawrotem ostrego gośćca stawowego. Chory od dwu tygodni. Kolejne pojawianie się zmian w stawach rąk, nóg, kręgosłupa.

Ciepłoty wysokie, przeciętnie 38·8° C.

Gorączka i obrzmienia stawowe ustąpiły po 5-u zastrzykach dożylnych à 7 cm³ 2% kollargolu. Każden zastrzyk odchorował chory silnymi dreszczami i podniesieniem się ciepłoty ponad 40° C. Wśród tego zmalały bole stawowe; utrzymując się uporczywie zwłaszcza w stawach kręgowych. Usunęła je aspiryna, zastosowana dwa razy dziennie po 1 gr. przez tydzień.

Wypuszczony ze szpitala 26. IX. 1924. Wyleczony w 10 dniach po 5 zastrzykach w łącznej sumie 0·70 gr. kollargolu.

L. p. 17. Józefa C., lat 23, pisarka u adwokata z Rzeszowa, przyjęta do szpitala 28. VIII. 1924. L. pr: 1337/24 z rozpoznaniem ostrego nawrotu gośćca stawowego wszystkich stawów obu rąk. Wywiady mętne co do początku choroby. Obecne zaostrzenie od trzech tygodni. Leczenie domowe w tym czasie salicylem, kapielami, okładami, maściami, bez najmniejszego skutku. Ruchy czynne zniesione bierne niemożliwe z powodu gwałtownych bolów i silnego obrzmienia stawów rąk.

I w tym przypadku zastosowałem wstrzykiwania dożylne po 7 cm³ 2% kollargolu co trzeci dzień z powodu wyjątkowo silnych i przedłużających się ogólnych odczynów. Po pięciu zastrzykach znikły bole i opuchliny stawowe.

Pozostałe zesztywnienia stawów nadgarstkowych i międzyczłonowych, oraz zaniki mięśniowe, usuwające się z pod działania kollargolu — ustąpiły po wstrzykiwaniach fibrolysiny dostawowo, pod kąpiołkami gorącymi i masażem.

Pacjentkę wypuszczono ze szpitala po 31 dniach pobytu w nim, jako wyleczoną z ostrego nawrotu w ciągu 14 dni. Zużyto 0·70 gr. kollargolu.

Nr. p: 18. Ewa S., kupcowa z Rzeszowa, lat 24, zgłosiła się do szpitala 23. VII. 1925. L. pr: 1366/25 z ostrym nawrotem gośćca wszystkich stawów ciała, z wyjątkiem szyi i głowy. Chora od 5 dni. Trzy tygodnie temu wróciła z czterytygodniowej kuracji kąpielowej w Niemirowie.

Po czterech zastrzykach dożylnych à 7 cm³ 2% rozczynu kollargolu co drugi dzień t. j.: ósmego dnia leczenia przy zużyciu 0·56 gr. kollargolu zupełne wyleczenie.

Chora opuściła szpital 10. VIII. 1925.

L. p. 19. U Marji K., liczącej lat 27, wieśniaczki z Woli małej, przyjętej do szpitala 25. V. 1925. L. pr: 984/25 z ciężkim nawrotem ostrego rheumatyzmu stawów: biodrowych, kolanowych, skokowych i barkowych, trwającym od 24 godzin. Zastrzyk dożylny 7 cm³ 2% kollargolu z słabym odczynem ogólnym i słabym efektem leczniczym. Drugi zastrzyk w dwa dni później. Odczyn bardzo silny, zupełne wyzdrowienie w ciągu najbliższej doby. — Chora przebywała w szpitalu 11 dni. Wyleczona w ciągu 4-uch dni przy zużyciu 0·28 gr. kllargolu.

L. p. 20. Stanisława R., lat 31, krawczyni z Rzeszowa, przyjęta do szpitala 25. VI. 1925. L. pr: 1184/25. Rozpoznanie: *polyarthritis rheum. acuta recidivans.* Gorączka 39·5° C. Po pierwszym zastrzyku 7 cm³ 2% kollargolu spadek ciepłoty na 36·2° C. Po dwu dniach nowe podniesienie się ciepłoty do 39·1° C. Drugi zastrzyk kollargolu. Nowy spadek ciepłoty do normy. Opuchnięcie stawowe mniejsze. Bolesność przykra. Po 4 dniach nowy wyskok gorączki do 39·9° C. z zaostrzeniem się objawów przedmiotowych. Na trzeci zastrzyk żadnej reakcji. Zaniechano kollargol, stosując salicyl w wielkich dawkach, który sprowadził w ciągu 5 dni wyleczenie chorej.

Chora opuściła szpital 27. VII. 1926. W tym przypadku kollargol zawiódł zupełnie.

Wartość lecznicza kollargolu w przypadkach grupy drugiej jest tą samą, jaką stwierdziliśmy w przypadkach grupy pierwszej.

Opisany pod Nr. p. 20 przypadek recydywy ostrego gośćca stawowego zachował się odpornie wobec kollargolu. Przyczyny tego nie umiem wytłumaczyć, nie obniża to jednak w niczem wartości podanej przezemnie statystyki na korzyść leczenia kollargolem. Podobne bowiem lecznicze niespodzianki spotyka się przy wszystkich lekach, nawet prawdziwie specyficznie działających, jak rtęć, chinina, jod.. „wskutek odporności konstytucjonalnej Stintzinga".

Do trzeciej grupy zaliczyłem przypadki obu grup pierwszych, powikłane jednak wadami serca, bez względu na ich etjologję. Rozchodziło mi się o to, jak zachowa się serce na wlewki dożylne kollargolu w dawkach, które zwykle stosowałem. Odważyłem się na nie mimo silnego odczynu ogólnego, jaki sprowadza kollargol, a to po długich próbach, które robiłem rozpoczynając od dawek bardzo małych, stopniowo je podwyższając.

Nim przytoczę historje chorych w ten sposób leczonych, muszę podnieść, że wszyscy chorzy, nawet z ciężkimi wadami serca, znosili kollargol bardzo dobrze, o ile tylko ich mięsień sercowy był zdrowym.

L. p: 21. Marja B., lat 17, służąca z Rzeszowa, przyjęta do szpitala 3. II. 1923. L. pr: 245/23 z rozpoznaniem: *Polyarthritis acuta rheum recidivans Insuff. mitral.* Chora od 48 godzin. Kilka nawrotów ostrego gośćca. Wada zastawkowa najprawdopodobniej natury gośćcowej. Zajęte stawy kolanowe. Po jednym zastrzyku dożylnym 7 cm³ 2% kollargolu, burzliwy odczyn ogólny z wielokrotnymi dreszczami i gorączką 40·3° C. Nad ranem poty, spadek ciepłoty do normy, ustąpienie bolesności stawów i zniknięcie obrzęków w ciągu doby. Serce nie okazało najmniejszej różnicy w zachowaniu się od zdrowego, mimo bardzo silnego odczynu ogólnego.

Przypadek był tem ciekawszy, że z przebiegu swego nasunął myśli o możliwości leczenia poronnego ostrego gośćca stawowego kollargolem.

Chora opuściła szpital po ośmiu dniach, wyleczona jedną wlewką 0·12 gr. kollargolu w ciągu 24-u godzin.

L. p: 22. Marja Z., lat 32, praczka z Rzeszowa, przyjęta z rozpoznaniem: ostrego gośćca stawowego i chr. zapaleniem wsierdza dn. 2. I. 1924. L. pr: 76/ 24. Etjologja choroby serca niepewna. Leczona przez dziewięć dni w domu salicylem i parówkami bez skutku. Zajęte stawy skokowe, stawy nadgarstkowe i prawy staw kolanowy. Po trzech dożylnych zastrzykach 2% rozczynu kollargolu à 7 cm³ w dniach 2. I., 4. I., i 8. I. 1924 zupełne wyleczenie przy słabych ogólnych odczynach w 7-ym dniu leczenia. (0·42 gr. kollargolu). Zaburzeń ze strony serca najmniejszych. Chora opuściła szpital 19. I. 1924.

L. p. 23. Ludwik Rz., lat 15, syn rolnika z Mrowli, zgłosił się do szpitala 3. IV 1925. L. pr: 635/25. Rozpoznanie: *Polyarthritis rheumat. acuta. Insuff. et stenosis mitral.* — Chory od trzech dni. Trzeci nawrót choroby. Ciepłota 39·2° C. Schorzenie ciężkie. Zrobiono dwa dożylne zastrzyki kollargolu 2% —à 5 cm³ 4. IV. i 6. IV. w łącznej sumie 0·20 gr. kollargolu. Po pierwszym zastrzyku odczyn ogólny o znacznem nasileniu, po drugim słaby. Piątego dnia leczenia ustąpienie opuchlin i bolesności przy normalnej ciepłocie. Chorego zabrano do domu 8. IV. 1925 jako zdrowego na własne żądanie. Serce zniosło zastrzyki bardzo dobrze.

L. p. 24. Franciszek K., lat 24, rolnik z Bud głogowskich, leżał w szpitalu od 31. X. 1924 do 18. XII. 1924. L. pr. 1663/24 z rozpoznaniem: *Polyarthritis rheumat. acuta. Pericarditis sicca rheum. Insuff. mitral.* — Choroba trwa od 3 lat. Nawrotów kilka. Obecne zaostrzenie się gośćca poprzedził kłujący ból w okolicy serca z dusznością. W dwa dni później obrzmienie stawów kolanowych i prawego skokowego. Ciepłota ciała 38·4° C. Codzienne dreszcze. Jednasty dzień choroby. Zajęte wszystkie stawy tułowia.

Po trzech dożylnych zastrzykach 2% rozczynu kollargolu à 7 cm³ w dniach 31. X., 2. XI., i 5. XI. na które chory reagował za każdym razem gwałtownym ogólnym odczynem, a które zniósł całkiem dobrze ze strony serca, cofnęły się objawy chorobowe.

Na sprawę sercową kollargol pozostał bez wpływu. Uporczywe zapalenie osierdzia ustąpiło w kilka tygodni przy zwykłem leczeniu.

Wyleczenie zupełne ostrego gośćca stawowego w 6 dniach przy zużyciu 0·42 gr. kollargolu.

Wyrównane choroby serca nie są więc przeciwwskazaniem dla leczenia kollargolowego, które nie przedstawia niebezpieczeństwa dla mięśnia sercowego. Powikłania sercowe nie obniżają wartości leczniczej kollargolu, a osiągnięte wyniki w tych przypadkach są identyczne z wynikami osiągniętymi w przypadkach dwu pierwszych grup.

Zanim omówię szczegółowo wartość leczniczą kollargolu w ostrym gośćcu stawowym, zwrócę jeszcze uwagę na dwa interesujące przypadki *arthritis deformans,* leczone przezemnie kollargolem dla próby.

L. p. 25. Marja P., lat 56, wieśniaczka z Wysokiej, przyjęta 8. X. 1924. L. pr. 1542/24 z rozpoznaniem: *arthritis deformans. Endocarditis chr.* z powodu wielkich bolów w krzyżach i lędźwiach, rękach i nogach. Chora od lat. Leczona w domu bez skutku salicylem, atophanem, kąpielami słonymi, suchem gorącem powietrzem i t. d. Po wlewce 5 cm³ 2% rozczynu kollargolu w dn. 10. X. z bardzo burzliwym odczynem ogólnym chora miała wrażenie, że „coś ustępuje, topi się w jej stawach". Dotychczasowy nieznośny ból zmniejszył się tak dalece, że mogła nazajutrz po zatrzyku poruszać rękami. Od tego czasu poprawa widoczna z dnia na dzień. Drugi zastrzyk dożylny kollargolu 15. X. W ciągu dwu dni zniknięcie resztek bolu. Chora opuściła szpital 3. XI., jakby „odrodzona".

L. p. 26. Marja Sz., lat 28, żona rolnika z Zalesia, została przyjętą 23. III. 1925. L. pr: 549/25. z rozpoznaniem: *polyarthritis deformans exacerbars.* Zajęte wszystkie stawy tułowia. Leczenie salicylem, zastrzykami kaseosanu, gorącem powietrzem bez skutku. Straszny obraz kaleki niezdolnej do ruchu. Po morfinie mała ulga. Zastrzyknąłem dla próby 14. IV. 7 cm³ 2% kollargolu dożylnie. Odczyn ogólny średnio silny — ze spadkiem ciepłoty do normy, i wybitnem zmniejszeniem się bolów.

Po drugim zastrzyku kollargolu 17. IV. bardzo silna reakcja i zupełne cofnięcie się dolegliwości podmiotowych. W trzy dni po drugim zastrzyku chora mogła poruszać się swobodnie, chodzić..., a 4. V. opuściła szpital twierdząc, że jest „zdrową, jak dawno nią nie była".

Historje chorobowe ostatnich dwu przypadków mówią same za siebie. Wartoby przeprowadzić próby i w tym kierunku na większym materjale, a zyskalibyśmy może w kollargolu znakomity pomocniczy lek w leczeniu *arthritis deformans,* w leczeniu jego zaostrzeń.

Siłą logiki obserwacji zbieranej przeze mnie przez lata, a podanej wyżej w krótkich zarysach historji chorób — muszę postawić leczenie zastrzykiwaniami dożylnymi kollargolu na czele wszystkich innych metod używanych dzisiaj w leczeniu ostrego gośćca stawowego.

Leczenie salicylem ustroju daje podobne wyniki. Główne objawy ostrego gośćca stawowego tj. gorączka, bole i opuchnięcia stawowe cofają się często zupełnie wśród leczenia salicylowego w ciągu 2—3—4 dni. Każden praktyk zna to dobrze, ten wie dobrze i to, że z ustąpieniem pod wpływem salicylu objawów, które dolegają najwięcej choremu, nie następuje wyleczenie ostrego gośćca stawowego. Z przerwaniem leczenia w tym czasie występują bardzo często nowe nawroty, nierzadko cięższe od pierwotnego schorze-

nia. To samo obserwujemy przy niedostatecznem dalszem leczeniu salicylem.

Leczenie salicylem nie broni chorego bynajmniej przed powikłaniami sercowymi, które rozwijają się często w naszych oczach w czasie podawania salicylu. Nie zapobiega temu nawet przyjęte, jako obowiązujące leczenie — podawanie salicylu w wielkich dawkach przez dłuższy czas, początkowo 5—8 gr. Natr. salicyl. dziennie, rozdzielonych na 5—8 cogodzinnych dawek przez pierwsze trzy do czterech dni, względnie do czasu ustąpienia głównych objawów ostrego gośćca stawowego, a następnie nawet w najszczęśliwszych przypadkach, jeszcze przez dwa do trzech tygodni zmniejszając dawki co 2—3 dni o 1 gram. Samo leczenie salicylem jest bardzo przykrem dla chorego i trudnem do przeprowadzenia. Szum w uszach, upośledzenie słuchu, obfite męczące poty, często nudności i wymioty po salicylu — dyskredytują w oczach chorego ten lek, zniechęcając go do niego.

To samo dotyczy innych preparatów, które polecono z biegiem lat w miejsce salicylu, jak aspiryny, antipyryny, atophanu i t. d. z tem, że wiele z nich kryje w sobie ponadto wielkie niebezpieczeństwo dla serca chorego.

Pod wpływem wlewek dożylnych kollargolu ustępują bole, gorączka i obrzmienia stawowe bardzo szybko, w 2—5 dniach, nie dawałoby to jeszcze pierwszeństwa kollargolowi przed salicylem.

Ale brak jakichkolwiek objawów ubocznych prócz ogólnego odczynu występującego w krótkim czasie po zastosowaniu dożylnem kollargolu, krótkotrwałość leczenia, o czem pisałem poprzednio, nie stwierdzenia w żadnym przypadku jakiegokolwiek powikłania sercowego, które wystąpiłoby w czasie leczenia lub w czasie obserwacji, również recedyw, mimo, że chorzy po ustąpieniu objawów chodzili spełniając nawet niejedną posługę w szpitalu, to są atuty bezsprzecznie wielkie na korzyść leczenia kollargolem przed innymi leczeniami. Obserwacja chorych trwała za krótko, bo przeciętnie 15 dni, bym mógł wypowiedzieć decydujące słowo co do ostatnich punktów. Obserwację jednak moją popiera do pewnego stopnia fakt, że żaden z wyleczonych chorych nie zgłosił się ponownie do szpitala z recydywą swojej choroby po pouczeniu go w tym kierunku przy opuszczaniu szpitala.

Do tych atutów trzeba dodać jeszcze zupełną nieszkodliwość kollargolu w dawkach stosowanych przeze mnie i brak przeciwwskazań z wyjątkiem tych, które istnieją dla każdego leczenia tj: schorzeń mięśnia sercowego.

Na czem polega działanie kollargolu, trudno rozstrzygać, gdy i patogeneza ostrego gośćca stawowego do dzisiaj nie jest rozstrzygniętą i jasną. Crede przypisuje jego działanie trzem czynnikom: 1) właściwościom bakterjobójczym rozpuszczalnego srebra, 2) jego sile elektro-katalitycznej i 3) leukocytozie występującej po doprowadzeniu srebra do ustroju.

Witthauer przyznaje kollargolowi działanie jedynie na streptokoki. Nie rozstrzygając ani dyskutując nad słusznością tego twierdzenia — należałoby na podstawie dodatnich wyników leczenia kollarglowego w ostrym gośćcu stawowym skłaniać się ku teorji Menzera i innych dopatrujących się w patogenezie tej choroby inwazji streptokokowej.

Każda wlewka dożylna kollargolu sprowadza w krótkim czasie, w 2—3 godzin, wyjątkowo później, po jej zastosowaniu odczyn ogólny, występujący pod postacią dreszczów, podniesienia się ciepłoty, bolów i zawrotów głowy, uczucia ogólnego zmęczenia, a następnie potów i spadku gorączki, wśród których stwierdzamy cofanie się lub zniknięcie bolesności i opuchlin stawowych. Odczyn ogólny może być słaby, ledwie zaznaczony, mierny i bardzo silny. Pożądanymi są, jak to wykazują przytoczone historje chorobowe, silne ogólne odczyny, po których z reguły następuje albo zupełne wyleczenie, lub wybitna poprawa w chorobie. Słabe odczyny mijają prawie niespostrzeżenie. Pierwszy zastrzyk daje nie zawsze najsilniejszy odczyn. Częstość i ilość potrzebnych zastrzyków kollargolu zależy od czasu trwania ogólnego odczynu, jego nasilenia i uzyskanego efektu.

Ponieważ kollargol wydziela się z ustroju bardzo szybko, stosuję zastrzyki przeważnie co drugi dzień. Odgorączkowanie chorego następuje z reguły krytycznie, wyjątkowo *per lysim*. To samo odnosi się do innych kardynalnych objawów ostrego gośćca stawowego. Ustąpienie bolesności poprzedza zazwyczaj cofnięcie się opuchlin stawowych. Chorzy znoszą bardzo dobrze nawet kollaptyczne spadki gorączki. Nie stwierdziłem nigdy zapadu serca. Przykrymi są jedynie dreszcze po zastrzykach.

Odczynu miejscowego, odczynu ogniskowego nie obserwowałem nigdy. Być może, że i on istnieje, ale gubi się wśród ciężkich objawów ostrego gośćca stawowego, uchodząc w ten sposób naszej uwadze.

Im wcześniej dostaje się w leczenie przypadek ostrego gośćca, tem mniej potrzeba wstrzyknięć a temsamem leku, i w tym kierunku stwierdza się niemal matematyczną równoległość między czasem rozpoczęcia a szybkością ukończenia leczenia.

Leczenie kollargolem jest tanie. Koszt jednego zastrzyku dożylnego 7 cm³—2% rozczynu oryginalnego Heydenowskiego kollargolu wynosi 65 groszy, zwykłego 22 groszy, a ponieważ potrzebowałem przeciętnie przy leczeniu 2 do 3-ch zastrzyków, koszt całego leczenia wynosił przeciętnie: 1 złoty 62 gr, względnie 55 groszy. Wzgląd ten odgrywa wielką rolę w leczeniu szpitalnem i ubogiej praktyce. W przypadkach całkiem świeżych wystarczał mi nieraz jeden zastrzyk, w przypadkach zaniedbanych potrzebowałem najwięcej pięciu zastrzyków.

Uwzględniając wszystkie moje uwagi końcowe, jakie nasunęły mi się, a przypuszczam, jakie nasunąć się muszą każdemu po uważnem przeczytaniu przytoczonych historyi chorób, uwzględniając ponadto bardzo ważny czynnik społeczny leczenia kollargolem tj. wyzyskanie przez chorego jego zdolności roboczej prędzej, niż przy każdem innem leczeniu, na co zwróciłem uwagę w środku mojej pracy, muszę postawić leczenie kollargolem ostrego gośćca stawowego na czele wszystkich innych, dotąd stosowanych metod leczenia.

Dr. Henryk ROSMARIN. Lwów.

O rzadkiem powikłaniu przy leczeniu rzerzączki.

Z ambulatorjum dla chorób skórno-wener. Kasy Chorych m. Lwowa.

W roku 1925 zgłosił się urzędnik prywatny, że *in c. extramatrim.* nabawił się choroby wener. i że przed wielu laty chorobę tę już raz przebył.

Na prośby pacjenta postanowiłem przeprowadzić leczenie poronne tembardziej, że zaistniały wymogi kliniczne pozwalające spodziewać się, że leczenie się uda. (Charakter wydzieliny, pozakomórkowe ułożenie dwoinek itd.).

Leczenie przeprowadziłem jednym ze zwykłych sposobów, co trwało 4 dni, przyczem już drugiego dnia dwoinek nie zdołałem odszukać. Ten sam wynik był 3-go, 4-go i w następnych dniach z tą różnicą, że w coraz skąpszej wydzielinie samej można było stwierdzić same prawie komórki przybłonokowe, a coraz mniej leukocytów. Dopiero 8-dnia wieczorem przybiega do mnie wystraszony pacjent podając, że pojawił się nagle obfity ropny wyciek z cewki, co rzeczywiście sam stwierdziłem. Mikroskopowe badanie wykazało nieznaczną ilość przybłonków oraz leukocytów o zatartych konturach, dwoinek oraz innych drobnoustrojów nie stwierdziłem. Ponieważ ujemny ten wynik, jak często się zdarza, nie wyklucza zakażenia, oświadczyłem choremu, że leczenie poronne należy uważać za chybione i zaleciłem mu do domu zwykłe leczenie, które postępowało normalnie. Badanie mikroskopowe po 2 dniach nie wykazało dwoinek, wyciek skąpy.

W 4 dni po rozpoczęciu zwykłego leczenia zgłosił się chory zapodając, że znowu ukazał się nagle obfity wyciek ropny, co osobiście stwierdziłem, wynik badania na dwoinki znowu ujemny.

Z objawu tego wywnioskowałem, że w przebiegu cewki istnieje zaułek, z którego ropa perjodycznie i nagle się wydziela.

O zaułku takim i tegoż zakażeniu dwoinkami znalazłem jedynie wzmiankę w czasopiśmie „Dermatolog. Zentralblatt" z roku 1903, refer. z „Arch. f. Dermat. u. Syphlis", gdzie Jesionek przy podejrzeniu na *bartolinitis* stwierdził wprawdzie po wycięciu guzka dwoinki, że jednak dokładne badanie stwierdziło nie *follikulitis* „sondern eine taschenförmige Einstülpung der Epidermis". Dokładne obmacanie cewki nie stwierdziło w moim przypadku żadnego guzka lub zgrubienia ani bolesności, wziernikiem również nic podejrzanego stwerdzić nie zdołałem.

Wobec tego stanu zaprzestałem wszelkich zabiegów leczniczych a dalsza kontrola 8-mio dniowa żadnych objawów schorzenia cewki nie wykazała.

Dla dalszej kontroli wstrzyknąłem pacjentowi wodę destylowaną do cewki i kazałem mu ten zabieg 2 razy dziennie przez 3 dni powtarzać.

Na 4-ty dzień ukazał się nagle wyciek jak poprzednio, lecz znacznie rzadszy ,wykazujący pod mikroskopem nieliczne komórki przybłonokowe oraz leukocyty a zupełny brak drobnoustrojów. Odtąd chory pozostawał tylko pod stałą kontrolą przez kilka tygodni bez jakichkolwiek objawów i został wypuszczony z leczenia jako zupełnie uleczony.

Nie ulegało tedy wątpliwości, że w przebiegu cewki znajdował się wrodzony lub nabyty uchyłek, do którego dostawał się wstrzykiwany lek, płyn ten ze swej strony drażnił ściany uchyłku, przez co wskutek zwiększonego ciśnienia nagle wytryskał, przyczem dziwnym trafem nie nastąpiło zakażenie dwoinkami.

Klinicznie przypadek ten nie różni się pozornie od innych wielokrotnie opisywanych pod postacią *follikulitis, perifollikulitis* itp. polegających na zapaleniu rzerzączkowem mieszków i gruczołów cewkowych, najczęstszej przyczyny nawrotów rzerzączki.

W opisanym przezemnie przypadku nie można było nic stwierdzić prócz nagłego wycieku, a leczenie rzekomego powikłania polegało właściwie na zaprzestaniu leczenia, przyczem nasuwa się przypuszczenie, czy też powikłanie to nie zdarza się częściej n. p. wtedy kiedy chory skarży się wśród leczenia na nagły wyciek, mimo, że nie nastąpiło stężenie leku lub zbyt długie przytrzymanie płynu w cewce.

Po opisaniu powyższego przypadku ukazała się rozprawka w Zeitschrift für urologische Chirurgie T. 19. o rzadkości uchyłków w cewce, czem się tłumaczy rzadkość przytoczonego powikłania w przebiegu rzerzączki.

Piśmiennictwo:

1) Handbuch der geschlechtl. Krankheiten, Finger-Jadassohn. — 2) Lehrbuch d. geschl. Krankheiten — Joseph. — 3) Lehrbuch d. Urologie — Casper. — 4) Die Gonorrhoe des Mannes u. ihre Complikationen — Wossiolo. — 5) Dermat. Centralblatt r. 1903. str. 243. — 6) Recke — Lb. d. Haut. und Geschl. Krankht.

Dr. A. HERSCHENDÖRFER, sek. Oddz. ocznego. Lwów.

O barwieniu rogówki metodą Knappa *).

Z oddziału ocznego Państw. Szpitala Powszechnego.
Prymarjusz: Prof. Dr E. Machek.

Barwienie rogówki ma głównie znaczenie kosmetyczne, w mniejszej mierze optyczne. Chodzi o usunięcie lub przynajmniej poprawę kosmetyczną zeszpecenia, jakiem jest rzucająca się w oczy plama na rogówce.

Nic dziwnego, że już w zaraniu medycyny lekarze starali się o sposoby poprawienia wyglądu tak zeszpeconego oka. I tak już Galen wcierał w bliznę zapomocą gorącej sondy proszek galasowy, następnie zaś wodny rozczyn siarczanu miedziowego i żelaza. Stosował więc metodę chemiczną, podobnie jak poleca ją teraz Knapp.

Wszelkie późniejsze metody zalecają drogę mechaniczną.

Barwienie plam rogówkowych poszło później w zapomnienie i dopiero w roku 1870. podaje de Wecker sposób tatuowania zapomocą tuszu chińskiego. Wecker używał do zabiegu igły wydrążonej lub dłutka żłobkowanego, napełnionego tuszem, wykonywał 10—15 wkłuć pod przybłonek i powtarzał zabieg ten 6—8 razy.

Dla skrócenia zabiegu i całego postępowania zaczęli później Bader, Taylor i inni tatuować pęczkiem z 4—8 delikatnych igiełek, którym nakłuwano bliznę, po poprzedniem pokryciu jej warstwą gęstego tuszu. W powstałe drobne ranki wcierano tusz zapomocą łyżeczki Daviela lub powieki; niektórzy zaś wcierali barwik palcem. W ten sposób uzyskano mniej lub więcej gęsto obok siebie położone czarne punkty, lecz nie otrzymano jednostajnego zabarwienia.

W celu osiągnięcia bardziej jednolitego zabarwienia zalecano później poprzednie usunięcie przybłonka na danej przestrzeni.

Fröhlich w r. 1897. polecił w celu otrzymania możliwie czarnej sztucznej źrenicy ograniczenie przestrzeni, przeznaczonej do tatuowania zapomocą trepanu, usunięcie przybłonka i powierzchownych warstw tkanki pod przybłonkiem, następnie zaś gęstą skaryfikację zapomocą noża grotowego.

Metoda wprowadzania tuszu do głębszych warstw rogówki przez zupełne usunięcie przybłonka lub odpreparowania go w postaci płata uległa potem rozmaitym modyfikacjom.

Ponieważ rogówka tuszu nie zawsze dobrze znosi a nadto tusz trudno się daje sterylizować, zastępywano go sadzą z drzewa sosnowego, z lampy lub świecy parafinowej. Roselli stosował barwik z naczyniówki wrony a Streiff używał do tatuacji proszku złota.

Osobny rozdział w tej dziedzinie stanowi tatuowanie barwne. Starano się uzyskać kolor podobny do barwy tęczówki. Zalecane jednakże przez różnych autorów barwiki i sposoby barwienia nie znalazły szerszego zastosowania. Dopiero Holth opracował metodę wielokolorowego barwienia rogówki odpowiednio do barwy tęczówki. Sposób dość skomplikowany i trudny do przeprowadzenia.

Tatuacją zapomocą tuszu wzgl. sadzy można otrzymać dobre wyniki, tak kosmetyczne jak i optyczne. Jest to zabieg, dla oka nieszkodliwy i wolny od komplikacji. Niestety jest on jednak często przeciwwskazany. Nakłuwanie wzgl. skaryfikowanie powoduje głębsze uszkodzenie tkanki rogówkowej. Gdy zaś blizna jest wydęta, cieńka a zwłaszcza gdy tęczówka jest w nią wrośnięta (co najczęściej się zdarza) niebezpieczeństwo komplikacji zapalnej jest duże.

Znacznie mniej niebezpieczny, gdyż z niewielkiem uszkodzeniem rogówki połączony, jest sposób podany przez Knappa. Nowa metoda przedewszystkiem ma tę zaletę, że jest prostą w zastosowaniu. Zabieg wykonać można w ciągu kilku minut, ewent. bez asysty. Używa się chlorku złota 2—5%, zobojętnionego dwuwęglanem sodowym do reakcji słabo zasadowej. Po zeskrobaniu przybłonka z powierzchni blizny przykłada się wacik zamoczony w wspomnianym rozczynie do blizny i przyciska się go tak przez 2—3, ewentualnie 5 minut. Tuż po zabiegu zaczyna się blizna zaciemniać a w ciągu kilku następnych godzin zabarwienie się wzmaga, stając się ciemno-szare lub czarne, później (po wytworzeniu się przybłonka) z odcieniem niebieskawym. Zabarwienie jest najintensywniejsze na brzegu plamy, tworząc czarną linję, w środku zaś jest jaśniejsze. Na zewnątrz czarnej linji występuje szara obwódka. Nie zawsze jednak otrzymujemy taki wynik po jednorazowem zabarwieniu. Gdy blizna jest bardzo zbita lub unaczyniona, musimy zabieg po pewnej przerwie powtórzyć drugi lub trzeci raz, przyczem każdym razem następuje coraz intensywniejsze zabarwienie.

Umiejscowione w tkance złoto nie powoduje żadnej reakcji zapalnej, co już wykazał Knapp, badając histologicznie skrawki zabarwionej rogówki królika.

Główną zaletą tej metody jest możność jednostajnego zabarwienia większych przestrzeni rogówki bez uszkodzenia głębszych warstw tkanki a tylko przez usunięcie przybłonka, który się po krótkim czasie odnawia.

Umożliwia to stosowanie zabiegu przy bliznach cieńkich, wydętych i zrośniętych z tęczówką. Może też ta metoda mieć zastosowanie w celach optycznych: przy nadmiernie szerokich szczelinach tęczówkowych, przy zupełnym braku tęczówki i t. d. Przy zaćmie powikłanej, nienadającej się do extrakcji, możemy tą drogą uzyskać środkową plamę o jednostajnem czarnem zabarwieniu, która wygląda jak prawdziwa źrenica.

O barwieniu blizn w dwóch odcieniach — brązowo i czarno — donosi Spanyol. Jeżeli blizna częścią leży nad tęczówką, częścią zaś nad źrenicą, stara się Spanyol uzyskać jaśniejsze zabarwienie nad tęczówką, czarne zaś nad źrenicą, mianowicie krótszem wzgl. dłuższem działaniem roztworu na odpowiednią część blizny. Jedno takie zabarwienie wykonał dwuczasowo, działając chlorkiem złota najpierw na całą bliznę przez 1 minutę, później zaś tylko na część w obrębie źrenicy przez 4 minuty. W jednym zaś przypadku wykonał „dwukolorowe" barwienie na jednem posiedzeniu, działając roztworem najpierw na część blizny nad tęczówką przez 2 minuty, następnie zaś na resztę blizny (nad źrenicą) przez 4 minuty. Przytem posługiwał się cieńką pałeczką szklaną, owiniętą cieńką warstwą waty.

Oddzielne działanie płynem tylko na część blizny obnażonej z przybłonka, bez równoczesnego działania na sąsiednią część zdaje się być bardzo trudne. Dlatego bardziej prostym i łatwiej do celu prowadzącym wydaje mi się być następujący sposób stopniowania efektu barwienia: Zeskrobuje się najpierw przybłonek z części, która ma być ciemniej zabarwiona i działa się na nią roztworem przez odpowiedni czas n. p. przez 2 minuty, następnie zaś zeskrobuje się przybłonek z części, która ma mieć odcień jaśniejszy i działa się obecnie na całą przestrzeń n. p. przez dalsze 2 minuty. W ten sposób możnaby bliznę zabarwić w kilku odcieniach.

Podjęto też myśl zabarwienia spojówki powiekowej u albinosów. Jak wiadomo niedoślep u albinosów jest w znacznej mierze następstwem braku barwika w siatkówce i jagodówce, co sprawia, że rozproszone światło wpada do oka przez twardówkę i tęczówkę. Zabarwienie ciemne spojówki powiek mogłoby zmniejszyć ilość światła, która przenika twardówkę i tęczówkę a temsamem poprawić widzenie. — Knapp wspomina o doświadczeniu na króliku, które się zupełnie powiodło.

Zaznaczyć należy, że metoda ta nie jest jeszcze dostatecznie opracowaną, szczegóły jeszcze nie dokładnie przestudjowane. Nie jest jeszcze bliżej określony procent roztworu, którym działamy na tkankę. W niektórych przyp. następuje intensywne zabarwienie już po pierwszem barwieniu, w innych po 2—3 wynik jeszcze nie jest zupełnie zadowalający. Chodziłoby o ustalenie dawkowania, co wymaga dłuższego doświadczenia. Lecz mimo tych braków należy tę metodę zalecić, gdyż w każdym razie uzyskać możemy bardzo znaczną poprawę kosmetyczną. Jeżeliby nawet wynik barwienia był niewystarczający, możemy zabieg kilkakrotnie powtórzyć, jeżeli zaś zabarwienie wypadłoby za silnie, efekt jest mimo to dodatni, gdyż ciemna plama na rogówce o wiele korzystniej wygląda aniżeli biała.

Knapp w swojej pierwszej pracy podaje wyniki swoich doświadczeń na królikach, u człowieka zaś wykonał barwienie chlorkiem złota tylko w jednym przypadku. W drugiej pracy podaje, że Brückner i Blaskovics donieśli mu, że w pewnych przypadkach barwienie zawiodło. Blaskovics również podaje, że uzyskał znaczną poprawę widzenia, przez zabarwienie chlorkiem złota rogówki w obrębie szczeliny tęczówkowej. Podobnie dobry wynik osiągnął Huber. O dodatnich wynikach donoszą dalej Pretori, Brudzewski i Spanyol.

*) Rzecz wraz z pokazem chorych przedstawiona w Lwowskiem Twarzystwie lekarskiem dnia 30 kwietnia 1926.

Nieudanie się zabiegu (o nie osiągnieciu rezultatu w niektórych przypadkach wspomina także Spanyol) wytłumaczyć można zbitością blizny i słabą koncentracją wzgl. za krótkiem na dane warunki działaniem roztworu na plamę rogówkową.

Ważnem jest odpowiednie przygotowanie roztworu. Reis w dyskusji na posiedzeniu Lwowskiego Towarzystwa lek. oświadczył, że na klinice lwowskiej barwiąc blizny roztworem przygotowanym według Brudzewskiego (kwas chloro-złotowy, zobojętniony ługiem sodowym) nie otrzymał w pierwszych próbach żadnego efektu. Wina tu leżeć musi albo w samym preparacie albo w nieodpowiedniem przygotowaniu roztworu.

Machek zobojętnia 3% wodny roztwór chlorku złota (preparat Mercka, płyn złoto-żółty) w ten sposób, że do około 2 cm³ płynu na szkiełku zegarowem dodaje przed zabiegiem łyżeczką Daviela tyle dwuwęglanu sodowego *in subst.*, aby papierek lakmusowy zabarwił się lekko na niebiesko.

W celu uniknięcia zabarwienia spojówki gałkowej przez spływający płyn w miejscu chwycenia gałki szczypczykami poleca się przy zeskrobaniu przybłonka ustalić gałkę od góry.

Na oddziele ocznym szpitala prof. Machka wykonano dotychczas (kwiecień) barwienie sposobem Knappa na 7 oczach u pięciu chorych.

Poniżej krótki wyciąg z niektórych historji choroby:

I. przypadek.

Chora Antonina B., l. 18. Zez zbieżny prawego oka.

O. p. Nosowo-dolna (1/3) część rogówki zajęta jest przez białą bliznę, zrośniętą z tęczówką, głównie z jej brzegiem źrenicznym tak, że źrenica ma kształt wąskiej szparki.

O. l. W nosowej części rogówki mieści się mała, lecz gęsta i rzucająca się w oczy plamka, również z tęczówką zrośnięta.

Visus: o. p. palce w odległ. 1/2 m,
o. l. 5/15.

Dnia 9. III. wykonano tenotomję na prawem oku, po 10-ciu dniach zaś zabarwienie rogówki spsobem Knappa na obu oczach.

Na prawem oku działano chlorkiem złota przez 3 minuty. Tuż po zabiegu blizna zaczęła się zaciemniać i po kilku godzinach zamieniła się w ciemno-szarą, prawie czarną plamę. Efekt był wcale zadowalający.

Na lewem oku blizna z powodu swojej zbitości po pierwszym zabiegu (działano roztworem przez 2 minuty) tylko miernie się zaciemniła. Po 18 dniach powtórzono zabieg drugi a po 15 dniach trzeci raz, każdym razem działano po 3 minuty — z efektem końcowym również wcale dobrym. Po pierwszym zabiegu nastąpiła dość silna *keratitis traumatica* z czasowem upośledzeniem wzroku, po kilku dniach jednak wzrok powrócił do poprzedniej ostrości.

II. przypadek.

Chory Stanisław W., l. 21, miał szaro-białą plamę *(Leucoma adhaerens)* na lewej rogówce wielkości ziarna siemienia. Po jednorazowem zabarwieniu chlorkiem złota przez 3 minuty efekt kosmetyczny był zadowalający.

III. przypadek.

Emilja K., l. 15. *Leucoma adhaerens ectaticum o. s.* Tu sprawa była trudniejsza aniżeli w poprzednich przypadkach, gdyż blizna była wydęta ku przodowi, tak, że nie możnaby wykonać tatuacji zapomocą tuszu bez narażenia oka na wytworzenie się garbiaka. Blizna w dolnej części rogówki, cieńka, wydęta, na wielkiej przestrzeni zrośnięta z tęczówką i dość obficie unaczyniona. U tej chorej powtórzono zabieg trzykrotnie w odstępach 12 i 15 dni. (Pierwsze 2 razy po 3 minuty, trzeci raz 4 minuty). Pierwszym razem barwiono tylko części blizny, nie zawierające tęczówki t. j. po obu bokach, nie zeskrobując przybłonka w środkowej części. Efekt końcowy był następujący: Cała blizna miała barwę ciemno-niebieskawą. Silniejsze (prawie czarne) zabarwienie wystąpiło w postaci poprzecznego owalu, składającego się z mniej lub więcej gęsto obok siebie ułożonych kropek. W oddaleniu 1/2 metra przedstawia się blizna jak niebieskawa tęczówka.

IV. przypadek.

Katarzyna K., l. 15.

O. p. W środku rogówki wrzód oczyszczony wielkości ziarna siemienia.

O. l. W części nosowej biała, z tęczówką zrośnięta, okrągła, nieco ku przodowi wydęta blizna o średnicy 5 mm. Źrenica zarośnięta. Tonus normalny. *Vis.* poczucie światła.

Na lewem oku zabarwiono bliznę chlorkiem złota (przez 3 minuty). Efekt: Plama zabarwiła się na czarno tak, że na tle ciemnej tęczówki w odległości 1/2 m wogóle nie jest widoczna. Przybrzeżna szara obwódka zwężiła się później, pozostała jednak zaznaczona.

W końcu dodaję, że Knappa za nim inni autorzy nazywają zabieg tatuacją. Jest to nazwa niewłaściwa, gdyż przez tatuację rozumiemy mechaniczne wprowadzenie do tkanki barwika nierozpuszczalnego, który się w tkance nie zmienia. Tu zaś mamy do czynienia z barwieniem chemicznem. Dlatego Prof. Machek nazywa zabieg: chemicznem zabarwieniem rogówki *(tinctio corneae)* a nie tatuacją.

Po ogłoszeniu powyższej metody przez Knappa szereg autorów doświadczał tego sposobu. Celem tego artykułu jest zaznajomienie szerszego ogółu kolegów z tym skutecznym a prostym, bezbolesnym i dla oka nieszkodliwym zabiegiem, który z tych powodów niewątpliwie będzie mieć częste zastosowanie.

Panu Profesorowi E. Machekowi wyrażam podziękowanie za zachętę do ogłoszenia niniejszej pracy.

Piśmiennictwo:

1) Elschnig: Operationslehre I. Bd. (Gr. S.). — 2) Knapp: Eine neue Methode der Hornhauttätowierung, Kl. M. f. A. Bd. LXXV. 1925, S. 22. — 3) Knapp: Die Tätoweirung mit Goldchorid. Kl. M. f. A. Bd. LXXV, 1925, S. 693. — 4) Pretori: Hornhautfärbung nach Knapp, tamże. — 5) Brudzewski: Nowy sposób barwienia plam rogówkowych. Klinika oczna 1925, zesz. IV. — 6) V. Spanyol: Ueber die neue Methode der Hornhauttätowierung mittels Goldchloridlösung.

MEDYCYNA SPOŁECZNA.

Dr. Szczepan MIKOŁAJSKI. Lwów.

Rozwój walki z gruźlicą w Małopolsce

a w szczególności w Województwie lwowskiem w latach 1900—1925.

Ciąg dalszy.

Współudział Kas chorych w walce z gruźlicą.

W walce z gruźlicą poważny udział przypada społecznym organizacjom ubezpieczeniowym. W Niemczech mogła powstać prawdziwie imponująca akcja budowy sanatorjów jedynie dzięki finansowemu poparciu Zakładu ubezpieczenia na wypadek niezdolności do pracy i Kas chorych.

W Małopolsce było pożądane także współdziałanie Kas chorych i Zakładu ubezpieczenia robotników od wypadków.

W tym względzie wystąpił z inicjatywą w r. 1912 Zarząd Zakładu ubezpieczeia robotników od wypadków dla Galicji i Bukowiny we Lwowie, który na Zjeździe delegatów Powiatowych Kas chorych poruszył sprawę gruźlicy. Zjazd delegatów uchwalił rezolucję, wzywającą Zarząd Zakładu do zorganizowania walki z gruźlicą wśród członków Kas chorych.

O wykonaniu tej uchwały wydał Zarząd następujący komunikat, ogłoszony w pismach[26]).

Wychodząc z założenia, że skuteczność akcji zawisłą jest od zainteresowania się jak najliczniejszych czynników i od uogólnienia walki z gruźlicą, odbył Zarząd konferencję z prezesem galic. Towarzystwa walki z gruźlicą, a następnie zaprosił do ankiety nad tą sprawą: Dr. Bernadzikowskiego, członka Wydziału Krajowego, Dr. K. Krzyżanowskiego, krajowego inspektora sanitarnego, J. Neumana, prezydenta, Dr. Stahla, wiceprezydenta miasta, prezesa walki z gruźlicą Prof. Dr. Wiczkowskiego, lekarzy: Dr. Betta, naczelnego lekarza miejskiej Kasy chorych we Lwowie, Dr. Stahra, naczelnego lekarza miejskiej Kasy chorych w Krakowie, Dr. Mikołajskiego, radcę miejskiego, Dr. Skałkowskiego, lekarza Zakładu ub. rob. od wyp., posła Hudeca, dyrektora i K. Nachera, sekretarza miejskiej Kasy chorych we Lwowie.

Ankieta odbyta pod przewodnictwem Dr. Małaczyńskiego, prezesa Zakładu ubezpieczeń od wypadków, kilka posiedzeń i ostatecznie na podstawie referatu Dr. Mikołajskiego uchwaliła następujące rezolucje:

„I. Ankieta uznaje, że klęska gruźlicy, która całej ludności wyrządza olbrzymie szkody, najwięcej dotyka warstwy robotnicze.

Wobec tego ankieta wita z uznaniem inicjatywę Zgromadzenia delegatów Związku Powiatowych Kas chorych i Zakładu ubezpieczenia robotników od wypadków, zmierzającą do zwalczania gruźlicy w tych warstwach.

II. Ankieta wyraża zdanie, że tak akcja przeciwgruźlicza wogóle, jak w szczególności akcja zapewnienia członkom Kas chorych leczenia sanatorjalnego, powinny pozyskać jak najwydatniejsze poparcie od gmin, kraju i państwa.

III. Obok szerokich reform społecznych, zapabiegawczych, dążyć należy do tego, aby w niedalekiej przyszłości każdy zagrożony suchotami, lub już tą chorobą dotknięty, mógł otrzymać stosowne leczenie. Ponieważ tak rozległa działalność lecznicza wy-

[26]) Głos Lekarzy 1912. Str. 215.

maga uruchomienia wielkich kapitałów na zakładanie sanatorjów ludowych i utrzymanie chorych, a sum potrzebnych na ten cel może za wzorem Niemiec dostarczyć ubezpieczenie społeczne na wypadek niezdolności do pracy, ankieta uznaje tę wielką reformę za nagląco potrzebną w celu położenia tamy dalszemu szerzeniu się gruźlicy.

IV. Zanim to nastąpi, jest obowiązkiem kraju bodaj w mniejszym zakresie uprzystępnić leczenie gruźlicy niezamożnym sferom a do tego najlepiej służyć mogą osobne pawilony lub oddziały przy szpitalach publicznych, na sposób sanatorjalny urządzone i prowadzone, w których także członkowie Kas chorych za opłatą zwykłej taksy szpitalnej pomoc znaleść by mogli. We Lwowie i Krakowie pawilony sanatorjalne powstać powinny poza miastem w miejscu, posiadającem dogodne warunki i należycie wyposażone stać się wzorem i niejako szkołą sanatorjalnego leczenia szpitalnego. Budowę tych pawilonów pod Lwowem i Krakowem i ich prowadzenie objąć może Towarzystwo walki z gruźlicą, jeśli od gminy uzyska bezpłatnie grunt, a od kraju i państwa odpowiednią pomoc finansową. Pomoc kraju polegać może bądź to na wydatnej corocznej subwencji, bądź na udzieleniu bezprocentowej pożyczki, bądź wreszcie na zagwarantowaniu spłaty pożyczki inwestycyjnej, zaciągniętej w innych instytucjach a w szczególności pożyczki, mogącej się uzyskać pod gwarancją kraju z funduszów Zakładu ubezpieczenia robotników od wypadków. Związek Powiatowych Kas chorych może w miarę funduszów tylko skromnemi ofiarami do pokrycia tych inwestycyj się przyczyniać w zamian za zarezerwowanie pewnej liczby miejsc w pawilonach sanatorjalnych za opłatą zwykłej taksy szpitalnej.

V. Ankieta uznaje naglącą potrzebę zakładania dyspenzorjów (miejsc porady i opieki) przeciwgruźliczych i uważa to za sprawę pierwszorzędnej wagi. W tym celu w miastach należy w miarę możności zakładać dyspensorja przeciwgruźlicze, choćby na razie z ograniczonym zakresem działania. Kasy chorych dostarczą Towarzystwu walki z gruźlicą lokalu, jeśli nim rozporządzają. Także gminy interesowane nie odmówią w tej sprawie pożądanej pomocy. Należy też dążyć do zorganizowania odpowiedniej akcji, aby dyspensorja przeciwgruźlicze były prowadzone i utrzymywane nawet w najmniejszych miejscowościach drogą ofiarności społeczeństwa.

V. Dopiero gdy w kraju powstaną przy szpitalach publicznych pawilony i oddziały sanatorjalne, lub gdy uzyska się niezbędne znaczne środki na dalsze rozszerzenie akcji sanatorjalnej, stanie się aktualną sprawa utworzenia większych sanatorjów ludowych w podgórskich, lesistych i odpowiednio położonych miejscowościach. W początkowym okresie akcji przeciwgruźliczej o osobnych takich większych sanatorjach myśleć nie można, gdyż ze względu na bardzo wielką liczbę chorych, potrzebujących leczenia sanatorjalnego, a szczupłość środków, należy ograniczyć się jak najwięcej w wydatkach, aby to leczenie możliwie jak największej liczbie chorych dostępnem uczynić. Z tego też względu ankieta oświadcza się za jak najskromniejszym systemem pawilonów sanatorjalnych, które jednak powinny odpowiadać wszelkim wymogom higjeny i lecznictwa.

VII. Ankieta wyraża nadzieję, że podania Towarzystwa walki z gruźlicą i Związku Powiatowych Kas chorych, tudzież Zakładu ubezpieczenia robotników od wypadków, wniesione w myśl powyższego programu akcji do Władz, będą życzliwie rozpatrzone i załatwione.

VIII. Ankieta jest zdania, że stałe współdziałanie Kas chorych, Związku powiatowych Kas chorych i Zakładu ubezpieczenia robotników od wypadków z krajowem Towarzystwem walki z gruźlicą jest bardzo pożądane i że stosowna reorganizacja Towarzystwa w tym celu jest wskazaną. Wspólnemi siłami tych instytucyj powiedzie się łatwiej poruszyć całe społeczeństwo do walki z gruźlicą i walkę tę w masach ludowych spopularyzować. Zarazem przy współdziałaniu tych instytucyj, a ewentualnie i innych czynników, da się przeprowadzić pewną decentralizację akcji przez tworzenie sekcji prowincjonalnych.

IX. Ankieta jest zdania, że u nas w sprawie gruźlicy potrzeba jeszcze usilnej propagandy, gdyż społeczeństwo nie zdaje sobie dostatecznie sprawy z olbrzymich rozmiarów klęski i jej szkodliwych następstw w rozwoju ekonomicznym i kulturalnym kraju. Należy także przez odpowiednie publiczne pouczenie (w szczególności wykłady w Kasach chorych) działać wychowawczo na najszersze warstwy społeczeństwa, pouczając je o istocie gruźlicy oraz sposobie jej zwalczania i leczenia. Ankieta apeluje szczególnie do prasy codziennej, aby przez częstsze i więcej wyczerpujące traktowanie gruźlicy oddziaływała na szerokie koła, a przez to spełniała obowiązek obywatelski uświadamiania społeczeństwa o dotkliwych potrzebach i środkach samopomocy. Dla przeprowadzenia wskazań, zawartych w rezolucjach powyższych, ankieta zaleca w szczególności:

a) Wniesienie do odpowiednich czynników memorjałów i próśb w duchu rezolucji,

b) Zakładowi ubezpieczenia robotników od wypadków i Związkowi Powiatowych Kas chorych przystąpienie do galicyjskiego Towarzystwa walki z gruźlicą w charakterze członków założycieli i wpływanie na Kasy związkowe, aby same zostały członkami Towarzystwa i jednały mu członków i subwencje, tudzież popierały tworzenie dyspenzorjów, szczególnie przez udzielanie lokalu.

c) Towarzystwu walki z gruźlicą zmianę statutu w tym duchu, by do Wydziału głównego (§ 19) i Komitetu wykonawczego (§ 20) prócz członków wybieralnych, należeli nadto z urzędu z głosem stanowczym reprezentanci Zarządu Zakładu ubezp. robotn. od wypad. i Zgromadzenia delegatów Związku Pow. Kas chorych, wyznaczeni na każdoczesny okres urzędowania z grona członków wybieralnych.

d) Dopóki Towarzystwo walki z gruźlicą nie uzyska dostatecznych funduszów na budowę dalszych baraków pod Lwowem, a nowych pod Krakowem i na prowincji, względnie dopóki nie otrzyma gwarancji kraju na spłatę pożyczki, na ten cel uzyskać się mającej od Zakładu ubezpieczenia robotników od wypadków, poddaje się Związkowi Powiatowych Kas chorych pod rozwagę, czyby w ustawowym i statutowym zakresie działania nie mógł wystawić na razie własnym funduszem, ewentualnie łącznie z Kasami chorych baraków na razie pod Lwowem i Krakowem i oddać ich w zarząd Towarzystwu walki z gruźlicą do użytku dla członków Związku za taksą, z Towarzystwem umówić się mającą.

e) Ankieta poddaje pod rozwagę Towarzystwu walki z gruźlicą, aby uzyskawszy grunt własny, na podstawie obecnych swych dochodów, a przy pomocy pożyczki przystąpiło do budowy nowego baraku.

f) Towarzystwu walki z gruźlicą przekazuje się opracowanie szczegółów akcji w myśl rezolucji V, IX, (dyspensorja, propaganda").

* * *

Wskazaną przez ankietę zmianę statutu przeprowadziło Towarzystwo walki z gruźlicą [27]).

Współdziałanie Kas chorych z Towarzystwem stale odtąd ujawnia się we Lwowie.

Już w r. 1913 Zakład ubezpieczenia robotników od wypadków i Związek Kas chorych stawiają nowy barak w sanatorjum w Hołosku, a gdy w poprzednich 2 latach ze składek wystawiło Towarzystwo własne 2 pawilony systemu Frommera, cieszy się Prof. Wiczkowski, że rozporządza już trzema barakami i ma pomieszczenie dla 45 chorych [28]).

Sanatorjum jest już otwarte latem i zimą. Kieruje niem Dr. M. Selzer, gorliwy towarzysz pracy Prof. Dr. Wiczkowskiego. A tych 45 łóżek sanatorjalnych zajmują przeważnie ubezpieczeni w Kasach chorych za wyznaczoną opłatą, która pokrywa znaczniejszą część wydatków ruchu sanatorjum.

Austrjacki Centralny Komitet dla walki z gruźlicą.

Podobnie, jak w Galicji, mobilizowało się społeczeństwo do walki z gruźlicą w innych krajach Przedlitawji, przeważnie w łonie Towarzystw prywatnych.

W r. 1911 połączono te wszystkie luźne towarzystwa w austrjackim Centralnym Kmitecie dla walki z gruźlicą w Wiedniu [29]).

Według § 2 statutu Komitet wytknął sobie za cel dawanie podniety do wszelkich stosownych zarządzeń dla zwalczania gruźlicy, jako choroby mas ludowych w austrjackich Królestwach i krajach, podtrzymywanie zainteresowania tym przedmiotem i ułatwianie wzajemnej wymiany zdań wszelkiemi sposobami, w szczególności zaś przez zwoływanie kongresów przeciwgruźliczych. Komitet miał też utrzymywać stałe stosunki z podobnemi organizacjami za granicą.

A zatem austrjacki Komitet Przeciwgruźliczy, czyli Związek Przeciwgruźliczy, ograniczył z góry swoją działalność do zadań dyskusyjnych, opinjodawczych i propagandowych, pozostawiając właściwą działalność przeciwgruźliczą prywatnym Towarzystwom i instytucjom.

Ale już w tym pierwszym okresie organizowania walki z gruźlicą drogą inicjatywy prywatnej budzi się u władz samo-

---

[27]) Zmianę statutu zatwierdziło Namiestnictwo reskryptem z dnia 1 września 1913 L. XIII a 2706/1.

[28]) Prof. Dr. Wiczkowski. Walka z gruźlicą w innych krajach i u nas. Lwów 1913.

[29]) Statut austrjackiego Komitetu Przeciwgruźliczego. Głos lekarzy 1911, str. 123.

rządowych i państwowych tudzież w instytucjach społecznych (Kasy chorych, Zakład ubezpieczenia robotników od wypadków), jak to z dotychczasowych uwag wynika, świadomość, że czynniki te nie mogą pozostać na uboczu kampanji przeciw klęsce gruźlicy, lecz że muszą one wystąpić czynnie i stanąć w pośrodku a nawet na czele akcji przeciwgruźliczej, gdyż prywatne usiłowania nie podołają zadaniu.

Świadomość ta w sferach rządowych skrystalizowała się wyraźnie dopiero pod koniec wojny światowej w latach 1916—1918 i skłoniła rząd austrjacki do rozbudowy organizacji walki z gruźlicą na zasadzie ścisłego współdziałania państwa, samorządu, instytucji społecznych (Kasy chorych) i czynników obywatelskich (towarzystwa przeciwgruźlicze) pod kierownictwem władz państwowych.

I. Austrjacki Kongres Przeciwgruźliczy. 1911.

Pierwszy austrjacki Kongres przeciwgruźliczy i ukonstytuowanie Komitetu Centralnego odbyło się w Wiedniu w dniu 14 maja 1911 r.[30]).

W Kongresie uczestniczyli z Małopolski: Dr. Legeżyński i Dr. Mikołajski, jako delegaci gminy miasta Lwowa, Dr. Januszewski i Prof. Wiczkowski, jako delegaci Kół krakowskiego i lwowskiego Towarzystwa walki z gruźlicą. Do Prezydjum Komitetu Centralnego wszedł Prof. Kostanecki z Krakowa, jako przedstawiciel Galicji.

Z obrad Kongresu zasługują na zaznaczenie uchwały, wzywające rząd do przeprowadzenia ustawy o zwalczaniu gruźlicy i ustawy w sprawie ubezpieczenia społecznego oraz debaty o reformie szpitalnictwa w tym właśnie kierunku, jaki wytknęła w r. 1909 ankieta Wydziału Krajowego we Lwowie.

Co do schronisk dla nieuleczalnych chorych na gruźlicę przeważało zdanie, że takie asyle za granicą okazały się niepraktycznemi i że tam, gdzie przez pewien czas się utrzymały, przystępuje się do ich zwinięcia, chorzy bowiem nie chcą korzystać z tych zakładów, które z góry odbierają im nadzieję odzyskania zdrowia. Lepiej więc odsyłać chorych gruźliczych nieuleczalnych, tak jak uleczalnych, do zwykłych szpitali publicznych, gdzie odpowiedni podział chorych da się przeprowadzić.

W następnych latach przed wojną odbywały się dalsze Kongresy przeciwgruźlicze w Wiedniu, które jednak w Małopolsce nie budziły zainteresowania.

II. Półurzędowa organizacja walki z gruźlicą w Galicji za rządów austrjackich 1916—1918.

Wojna światowa z początku zatamowała rozwój walki z gruźlicą, ale po upływie paru lat okazało się, że gruźlica w czasie wojny bardzo się wzmogła tak wśród ludności cywilnej, jak w armji i to skłoniło rząd do zwrócenia uwagi na zadania walki z gruźlicą. Obawiano się, że po zdemobilizowaniu armji ogromna liczba żołnierzy, powracających do domu z gruźlicą otwartą, będzie stanowiła wielkie niebezpieczeństwo dla otoczenia. Należało wcześnie zorganizować obronę społeczeństwa a uczynić to mógł tylko rząd, świadomy, że opanowanie klęski gruźlicy po wojnie będzie jednym z pierwszorzędnych obowiązków państwa.

W r. 1916 poświęcono tej sprawie gruntowne studja w Najwyższej Radzie Zdrowia[31]).

Referaty o zwalczaniu gruźlicy opracowali: Prof. Ghon, Prof. Hamburger i Prof. Jaksch v. Wartenhorst a na podstawie tych referatów wydała Najwyższa Rada Zdrowia obszerną opinję umotywowaną, która miała służyć za wskazówkę do dalszego działania dla „austrjackiego Zjednoczenia w celu zwalczania gruźlicy". (Oesterreichische Vereinigung zur Bekämpfung der Tuberculose). Zjednoczenie, ukonstytuowane 22 maja 1916 w Wiedniu, było gronem fachowych znawców, a mianowicie wchodzili w jego skład przedstawiciele władzy administracyjnej wojskowej i cywilnej, profesorowie Uniwersytetów, będący członkami Najwyższej Rady Zdrowia, nadto delegaci Towarzystwa Czerwonego Krzyża i Centralnego Komitetu Przeciwgruźliczego.

Pośród licznych prac Zjednoczenia wybiły się na pierwszy plan referaty dwóch doskonałych znawców administracji sanitarnej Dr. Augusta Boehma, starszego fizyka miasta Wiednia[32]) i Dr. Adolfa Kutschery, krajowego referenta sanitarnego w Insbruku[33]) p. t.: „Urządzenie stacji opieki dla chorych piersiowo".

[30]) Z I. austrjackiego Kongresu przeciwgruźliczego. Głos Lekarzy 1911. Str. 121.

[31]) Das oesterreichische Sanitätswesen. 1916. Str. 804.

[32]) Errichtung von Fürsorgestellen für Lungenkranke. Referat erstattet von Obersanitätsrat Dr. August Boehm. Das oesterreichische Sanitätswesen. 1916. Str. 867.

[33]) Errichtung von Fürsorgestellen für Lungenkranke. Referat erstattet von Dr. Adolf Ritter Kutschera v. Aichbergen. Das oesterreichische Sanitätswesen. 1916, str. 882.

Poglądy wypowiedziane w obu referatach, nabrały wkrótce urzędowego znaczenia, gdyż rząd w swych zarządzeniach w sprawie walki z gruźlicą do nich się zastosował i wskazał je jako miarodajne.

Autorowie poddają krytyce niemiecki system zwalczania gruźlicy głównie przez sanatorja i dowodzą, że system ten nawet przy tak wspaniałym rozkwicie, jaki osiągnął w Niemczech, zdoła objąć zaledwie dziesiątą część chorych na gruźlicę, nie wywiera więc widocznego wpływu na obniżenie śmiertelności z gruźlicy i niema znaczenia społecznego, jakkolwiek do leczenia poszczególnych chorych, zarówno dorosłych, jak dzieci, sanatorja są nieodzowne. Do zwalczania gruźlicy, jako zarazy ludowej, sanatorja nie wystarczają, lecz potrzeba do tego rozległej, celowo zorganizowanej opieki wśród samych rodzin osób, chorych na gruźlicę.

W tym celu zaleca się tworzenie stacji opieki (Fürsorgenstellen), których już w Niemczech także po ten czas ponad 2.000 otwarto.

Przypomnę, że zapatrywania te, o ile dotyczą krytyki systemu sanatorjalnego ze stanowiska społecznego, są zgodne z treścią rezolucji naszej ankiety krajowej z r. 1909 we Lwowie, a różnią się od nich tem, że w miejsce systemu sanatorjalnego, jako środka społecznego walki z gruźlicą, wysuwają stacje opieki, u nas przychodniami nazwane, podczas gdy ankieta małopolska jako rzecz najważniejszą podkreśliła sprawę reformy szpitalnictwa a o przychodniach w rezolucjach wcale nie wspomina.

W referacie Dr. Boehma podano jednolity plan organizacji przychodni i wogóle walki z gruźlicą, który następnie rząd uznał za obowiązkowy.

Przychodnie obok zadań zapobiegawczych mają wyznaczone szerokie zadania lecznicze, mianowicie w postaciach początkowych i uleczalnych gruźlicy.

Stanowi to przełom w poglądach na sposoby leczenia gruźlicy, gdyż dotychczas powszechnie przyjmowano, że do leczenia chorych tej kategorji mają służyć głównie sanatorja. Dr. Boehm zaś dowodzi, że ze stanowiska społecznego jest potrzebniejszem i przydatniejszem, aby sanatorja zajęły się raczej leczeniem gruźlicy otwartej i już zaawansowanej, jakkolwiek przez taką zmianę ucierpi piękna dotąd statystyka sanotorjów.

Obok sanatorjów do odosabniania chorych z otwartą gruźlicą mają służyć osobne oddziały szpitali powszechnych. Natomiast osobne zakłady izolacyjne dla chorych gruźliczych uznano za nieodpowiednie i praktycznie niemożliwe do przeprowadzenia, gdyż chory na gruźlicę, choćby był w okresie końcowym cierpienia, pragnie leczenia i za nieuleczalnego zwykle się nie uważa.

Zresztą odosobnienie chorego należy przeważnie osiągnąć w samem mieszkaniu chorego, głównie przez stosowne postępowanie z plwociną a także przez inne zarządzenia, przyczem trzeba apelować przedewszystkiem do egoizmu chorego, a nie do jego altruizmu, bo chorzy chronicznie są egoistami.

Rozdawnictwa mleka, mięsa i innych środków przychodnie nie powinny brać na siebie, a jedynie pośredniczyć w ich uzyskaniu. Przychodnie mają otrzymywać wydatną pomoc rządową, jednak podstawę bytu mają czerpać w usiłowaniach czynników obywatelskich.

Organizacyjnie przychodnie w każdym powiecie ma jednoczyć i nad niemi czuwać Centrala powiatowa, instytucja półurzędowa, ze starostą na czele, z delegatami Wydziału powiatowego, ze współudziałem lekarza powiatowego. Centrale powiatowe, podległe Starostwu, jednoczy znowu przez delegatów Centrala krajowa, której przewodniczy Namiestnik, a w której uczestniczą z urzędu i inne osobistości, jak krajowy referent sanitarny, delegaci Wydziału Krajwego, prócz tego zaś, podobnie jak w Centralach powiatowych, także przedstawiciele różnych instytucyj społecznych (Czerwony Krzyż, Kasy chorych) i naukowych (Uniwersytety).

Centrale krajowe wysyłają delegatów do Centrali państwowej, która jest głównym ośrodkiem całej akcji przeciwgruźliczej.

Wszystkie te myśli przewodnie, podane przez obu referentów Zjednoczenia w celu zwalczania gruźlicy, przyjęło Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i w rozporządzeniu z dnia 2 stycznia 1917 L. 7461/S ex 1916 nadało im znaczenie prawne, kodyfikując je w szeregu przepisów.

W Galicji uprzedzono to rozporządzenie, gdyż jeszcze w końcu r. 1916 Prof. Wiczkowski wystąpił w imieniu Towarzystwa walki z gruźlicą z projektem utworzenia Krajowej Komisji dla kierowania akcją przeciwgruźliczą w kraju według norm Dr. Kutschery i Dr. Boehma[34]).

Już w dniu 16 grudnia 1916, zawiązała się Krajowa Komisja zwalczania gruźlicy, w której skład weszli przedstawiciele Namiestnictwa, Wydziału Krajowego, Stowarzyszenia Czerwonego

[34]) Sprawozdanie Prof. Dr. Wiczkowskiego z kwietnia 1921, rękopis będący w mojem posiadaniu.

Krzyża, Krajowego Komitetu Opieki nad Inwalidami, Towarzystwa walki z gruźlicą, obu Uniwersytetów w kraju, Kas chorych.

Zawiązanie Komisji przyjęło do wiadomości Ministerstwo Spraw Wewnętrznych reskryptem z dnia 3 kwietnia 1917 L. 8411. Na posiedzeniu w dniu 14 lipca 1917 uzupełniono statut Komisji w tym kierunku, że obejmie ona także czynności Krajowej Centrali z państwowej organizacji walki z gruźlicą po myśli wspomnianego reskryptu Ministerstwa Spraw Wewnętrznych z 2 stycznia 1917 L. 7461/S.

Komisja pierwotnie funkcjonowała w Krakowie pod przewodnictwem Dr. T. Janiszewskiego, bo tam były podówczas ewakuowane ze Lwowa władze krajowe Galicji. Następnie siedzibę Komisji przeniesiono do Lwowa, gdzie przewodniczył jej Prof. Wiczkowski. Funkcje sekretarza spełniał Dr. Witołd Ziembicki.

Odtąd więc istnieją w Małopolsce dwie ogólne organizacje walki z gruźlicą:

1) półurzędowa Krajowa Komisja zwalczania gruźlicy zakłada i jednoczy Powiatowe Koła walki z gruźlicą, jako samodzielne Towarzystwa, w których kierownictwo spoczywa w rękach czynników urzędowych przy współdziałaniu wybieralnych przedstawicieli czynnika obywatelskiego;

2) Towarzystwo walki z gruźlicą. Jest to towarzystwo prywatne, które według statutu ma zakładać po powiatach Koła, ale w rzeczywistości ogranicza swą działalność do miast Lwowa i Krakowa.

Akta Komisji spłonęły podczas walk z Ukraińcami we Lwowie w listopadzie 1918. Niektóre szczegóły co do jej działalności podał Prof. Wiczkowski w referacie, drukowanym w styczniu 1919, w Gazecie Lwowskiej [35]) a inne dane można ustalić na podstawie zapisków urzędowych b. Namiestnictwa.

Krajowa Komisja zwalczania gruźlicy.

Pierwsze posiedzenie Komisji odbyło się w Krakowie w dniu 31 marca 1917 pod przewodnictwem Dr. Bernadzikowskiego.

Docent Dr. Janiszewski referował sprawę ogólnej akcji przeciwgruźliczej w kraju i sprawę urządzania opiek gruźliczych na podstawie reskryptu Ministerstwa Spraw Wewnętrznych z dnia 2 stycznia 1917 L. 7461/S. Sformułował następujące zasady ogólnej akcji przeciwgruźliczej:

a) Opieka i leczenie sanatorjalne dla lekko chorych.

b) Nieuleczalni, zdolni do pracy, powinni być pomieszczeni w schroniskach z warsztatami, pracowniami i t. p.

c) Nieuleczalni z otwartą gruźlicą, nie mogący pracować, znajdą pomieszczenie w oddziałach przy szpitalach powszechnych.

Segregacja i kwalifikowanie chorych odbywa się w dyspenzorjach (przychodniach).

Prof. Gluziński zwrócił uwagę na poprzednio popełnione błędy, jak przywiązywanie wygórowanych nadziei do rezultatów, dających się osiągnąć zapomocą sanatorjów. Podniósł natomiast doniosłość dyspenzorjów oraz znaczenie współpracownictwa Towarzystwa Czerwonego Krzyża.

Uznał za niezbędne:

1) zakładanie dyspenzorjów przy pomocy Czerwonego Krzyża i Towarzystw dobroczynnych,

2) budowę pawilonów dla otwartej gruźlicy przy szpitalach.

Prof. Latkowski podniósł, że koniecznym warunkiem powodzenia akcji zwalczania gruźlicy zapomocą dyspenzorjów jest odpowiednie wyszkolenie lekarzy, którzy powinni przejść osobny kurs, kształcący ich w tym kierunku.

Ks. Sapieha oświadczył w imieniu Czerwonego Krzyża gotowość współdziałania z Krajową Komisją zwalczania gruźlicy przy zakładaniu dyspenzorjów.

Prof. Wiczkowski rozwinął program tworzenia Kół w miastach powiatowych całego kraju.

Następnie poruszył sprawę przygotowania lekarzy do akcji zwalczania gruźlicy i przedłożył wniosek, ażeby obecni na posiedzeniu reprezentanci Wydziałów lekarskich obu Uniwersytetów krajowych spowodowali uchwały fakultetów, wprowadzając przymus słuchania wykładów teoretycznych i praktycznych o gruźlicy dla słuchaczy medycyny oraz aby fakultety postarały się następnie o zatwierdzenie tych uchwał przez Ministerstwo Oświaty.

Komisja uchwaliła, aby sprawę kursów przedstawiła w Wiedniu deputacja Komisji, mająca tam się udać celem upominania się o zasiłki państwowe na walkę z gruźlicą w Galicji.

Jednak sprawa ta, wielce ważna, nie doczekała się załatwienia i dotąd narzuca się jako postulat konieczny.

---

[35]) Referat Prof. Dr. Wiczkowskiego o walce z gruźlicą. Przegląd Sanitarny. Dodatek do Gazety Lwowskiej z dnia 23 stycznia 1919, Nr. 23.

Następne posiedzenia Komisji odbyły się w dniu 14 lipca 1917, w dniu 4 stycznia 1918 i 9 marca 1919.

Na posiedzeniu z dnia 4 stycznia 1918 uchwalono regulamin Komisji.

Prof. Wiczkowski podaje, że Komitet wykonawczy Komisji w czasie dwuletniej czynności założył 15 Centrali, czyli Kół powiatowych, a mianowicie: Bóbrka, Drohobycz, Sokal, Przemyśl, Sanok, Żółkiew, Stryj, Kołomyja, Brody, Brzeżany, Przemyślany, Czortków, Bochnia, Tarnów, Wadowice, jednak przy tych Kołach nie powstała wówczas żadna przychodnia, a to z powodu trudności finansowych [36]).

Dok. nast.

SPRAWOZDANIA POGLĄDOWE.

S. HIGIER. Warszawa.

Z farmakodynamiki i kliniki nowszych leków sercowych.

(Sprawozdanie zbiorowe).

I. Verodigen.

Z pośród swoistych leków sercowych, szczególnie w piśmiennictwie lekarskiem niemieckiem coraz częściej spotykamy się z Verodigenem. Środek ten spotkał poza tem ten zaszczyt nielada, że zalecono go w urzędowym wydawnictwie Niemieckiego Urzędu Zdrowia p. t.: „Racjonalna i oszczędna terapja", opracowana przez najwybitniejszych specjalistów i dlatego posiadającem wszelkie dane, aby stać się na dłuższy okres czasu wytyczną farmakopei praktycznej.

U nas, gdzie wogóle sprawa uwspółcześnienia terapji glikozydowej, szczególnie naparstnicowej, leży odłogiem, ocena specyfików tego działu wynika najczęściej z doświadczenia osobistego, nie dającego się zwykle ująć syntetycznie. Rzecz godna podkreślenia, że wogóle w zakresie glikozydów istniała do ostatnich czasów znaczna rozbieżność pomiędzy eksperymentem pracownianym a kliniką, tłumaczącą się z jednej strony niezbyt dokładnemi metodami farmakodynamicznemi w stosunku do serca ciepłokrwistych, z drugiej strony dość mętną klasyfikacją spraw chorobowych, w których dopuszczalne i pożądane jest swoiste działanie naparstnicowe.

Verodigen zachwalają ze względu na sukcesy i farmakologiczne i kliniczne. Nie będąc zwiastunem żadnej nowej drogi w lecznictwie, stanowi on jedynie etap dosyć charakterystyczny dla współczesnych metod traktowania zaburzeń działalności mięśnia sercowego.

Co pod względem farmakologicznym przynosi Verodigen w tym sensie?

Verodigen wyosobniony przez Krafta jeszcze w r. 1912 jest tą rozpuszczalną frakcją glikozydów liści naparstnicowych, która pozatem rozpuszcza się i w chloroformie.

Wbrew pierwotnym przypuszczeniom Verodigen, inaczej zwany gitaliną, nie jest prawdopodobnie chemicznie prostym związkiem, ale raczej mieszaniną bardzo podobnych chemicznie ciał, których zawartość procentowa w liściu naparstnicy jest mniej więcej stała, a działanie farmakodynamiczne zawsze jednakowe (Kiliani). — W stosunku do innych glikozydów zawartych czy to w naparstnicy: digitoksyny, digitaleiny i digitaliny prawdziwej, czy to w innych specyfikach nasercowych (strofantyna, scillimaryna pierwszeństwo ma Verodigen (gitalina) ze względów następujących:

a) w przeciwieństwie do najsilniej działającej digitoksyny oraz strofantyny rozpuszcza się on doskonale w wodzie oraz w pokarmowej zawartości żołądkowej i prawdopodobnie w związku z tem wchłania się bez zarzutu przy użyciu *per os* (Krehl i Straub), b) w przeciwieństwie do digitaleiny nie rozkłada się samoistnie ani w roztworze ani *in substantia*, a działanie jego jest o wiele wybitniejsze, tembardziej w stosunku do digitaliny (Kilianiego), której działanie nasercowe jest minimalne, c) w przeciwieństwie do strofantyny i scillikardyny wykazuje mniejszą toksyczność, zaś znacznie większą zdolność kumulacyjną, nadając się w ten sposób zarówno do stosowania kilkorazowego jak i kuracji dłuższych z trwałym wynikiem terapeutycznym, d) wreszcie w stosunku do innych chemicznie złożonych leków nasercowych w pierwszym rzędzie zwykłych naparów naparstnicowych odznacza się Verodigen stałością działania i brakiem prawie całkowitym odczynów ze strony śluzówek pokarmowych (wskutek braku domieszki saponin).

Podkreślić jeszcze należy bardzo interesujące doświadczenia Lendle'go, które wykazały na sercach żabich, że działanie gitaliny

---

[36]) W aktach b. Namiestnictwa zdołano odszukać z tego czasu zatwierdzenie statutów Powiatowych Kół walki z gruźlicą z powiatów: Bóbrka, Drohobycz, Sokal, Kałusz, Stryj, Bochnia. Tarnów.

per os i podskórnie daje ten sam wynik. Łącznie z powyżej zaznaczczeną zdolnością rezorbcyjną zyskujemy przez to podstawę teoretyczną do uznania w verodigenie leku szczególnie nadającego się w terapji naparstnicowej doustnej.

Sprawozdania kliniczne powyższe wytyczne całkowicie potwierdzają. Krehl, który bodaj pierwszy wprowadził gitalinę do kliniki i systematycznie ją stosował, widział w niej lek swoisty w niedomogach sercowych, z zaburzeniami rytmu; w tych stanach działanie verodigenu ma pod względem szybkości i trwałości wyników przewyższać wszystkie inne dzisiaj używane specyfiki. Biebl z kliniki Romberga stosował verodigen w niedomogach sercowych zarówno pochodzenia czysto mięśniowego, jak i w wadach zastawkowych, miażdżycy oraz chorobach zakaźnych ostrych; działanie verodigenu szczególnie odnośnie do nagłej poprawy tętna i diurezy okazywało się bardzo szybkie, czasami, jak wyraża się autor „błyskawiczne"; diureza zwiększała się znakomicie już w ciągu pierwszej doby stosowania tabletek verodigenowych. Fahrenkamp stosując verodigen w dawkach początkowo 2 x 0,8 mg i obniżając je potem do 0,4 otrzymywał doskonałe wyniki w leczeniu niemiarowości zupełnej. Z dość dużym materjałem klinicznym występują również oddziały szpitalne berlińskie prof. Derendorfa i Wintera (Dudzus). Wreszcie Grassman stosuje verodigen w przypadkach częstokurczu napadowego (tachycardia paroxysmalis) jakoby z doskonałemi wynikami zarówno w bezpośredniem działaniu na napad, jak i w usunięciu przyczyny.

Z zestawienia tego widzimy, że zakres terapji verodigenem jest taki sam jak i zakres spraw chorobowych, wymagających do niedawna leczenia naparami liści naparstnicy, ale widzimy i to, że w sprawach tych działa szybciej i pewniej. W tych przypadkach, które opierają się leczeniu verodigenem, mają zawodzić z pewnością inne środki glikozydowe (Jaquet).

W ten sposób, jak to już powyżej było powiedziane, wprowadzenie Verodigenu do farmakopei codziennej ne posiada cech nowatorstwa. Jest jednak racjonalnym jej etapem w dziedzinie lecznictwa naparstnicowego. U nas w Polsce bodaj że odpowiednich prób klinicznych na większą skalę jeszcze nie przedsiębrano.

Piśmiennictwo:

1) Sparsame u. sachgemässe Krankenbehandlung — wyd. Reichsgesundheitsamt. 1926. — 2) W. Straub i L. Krehl: Ueber Verodigen. — 3) M. Dudzus: Ueb. das Verodigen. Medizin. Klin. 1925. 5. — 4) I. Laendle: Ueb. d. Werthestimmung v. herzwirksamen Glykosiden. Arch. f. exp. Pathol. u. Pharmak. 104. 4. — 5) Neukirch: Verodigen, das neue Herzmittel. Therapie d. Gegenw. 1925. VII.

OCENY.

Abraham Flexner: *Medical Education — a comparative study*. New York. 1825 str.

W tej obszernej książce autor zajmuje się sprawą przygotowania do studjów lekarskich, oraz porządkiem i układem tych studjów w różnych krajach Europy i Ameryki północnej, dając po nadto porównawczy przegląd organizacji uczelni lekarskich, ustroju ciał nauczycielskich, kosztów utrzymania i rozwoju owych uczelni. Jest to więc coś w rodzaju znanej książki Billrotha z 1876 r. (Ueber das Lehren und Lernen der medicinischen Wissenschaften), oraz znacznie nowszej, bo z r. 1919 pochodzącej pracy Wrzoska (Myśli o reformie wydziałów lekarskich).

Kwestja dla nas tym aktualniejsza, że w bieżącym roku kończy się właśnie okres działania prowizorycznych przepisów ministerjalnych z dn. 18. X. 1920, regulujących porządek studjów i egzaminów na naszych wydziałach lekarskich, a tym samym przewidują się w prędkim już czasie zmiany w tym kierunku.

Nie mogąc się kusić o streszczenie bogatego materjału, w dziele powyższem zawartego, postaram się jedynie o zaznaczenie tych poglądów autora, które mi się wydają najgodniejszymi uwagi, a do których on doszedł drogą gruntownego przemyślenia faktów, przez siebie zebranych.

Przygotowanie młodych ludzi, wstępujących na wydziały lekarskie, jest rozmaite w różnych krajach, zależnie od kwalifikacji nauczycieli szkół średnich, ideałów pedagogicznych, do których one dążą, i typu, w jakim się skrystalizowała ich historyczna ewolucja. Typy te, których nieraz w jednym i tym samym kraju istnieje kilka, mają swe zalety i niedostatki. A więc n. p. francuski typ daje najlepszą znajomość języka ojczystego, niemiecki natomiast ma lepiej zorganizowane nauczanie nauk ścisłych i przyrodniczych. Najjednolitszy przeciętny typ abiturjenta szkoły średniej daje szkoła niemiecka, najmniej szkoły amerykańskie.

Celem, do którego dążyć winna szkoła średnia, nie jest zdaniem Flexnera interes tego, lub innego zawodu, lecz interes „ludzkiej istoty" str. 59. Wprawdzie Student winien przynieść ze sobą na wydział lekarski znajomość matematyki i trygonometrji ze względu na to, że nauki przyrodnicze dążą do wyrażania się w formach matematycznych. Jednakże (i tu widać odrazu praktyczne, amerykańskie ujęcie kwestji przez autora) o ile takiego przygotowania nie posiada, niech nie traci czasu na zdobywanie obcego sobie kierunku, pracując na gruncie tego, na którym czuje się mocnym (88).

W nauczaniu medycyny podobnie, jak w nauczaniu wielu innych dyscyplin, dają się zauważyć dwa ogólne kierunki: 1. systematyczne nauczanie (metoda racjonalna, analityczna, logiczna), 2. czysto praktyczne nauczanie terminowania (metoda naturalna).

Wyłączne stosowanie jednej z tych metod to rzecz nieodpowiednia, jednak autor, wbrew temu, czego według potocznej opinii możnaby się spodziewać od przedstawiciela narodu najpraktyczniejszego pod słońcem — myśli, że w nauczaniu medycyny winna przeważać raczej metoda pierwsza (253).

Istniejące obecnie uczelnie medycyny podzielić możemy z tego punktu na 3 typy.

1. Typ szpitalny, przyjęty we Francji i w Anglji, aczkolwiek w tym ostatnim kraju modyfikująco wpływa istnienie starych uniwersytetów, pielęgnujących teoretyczną naukę dyscyplin lekarskich. Podstawa: praktyka przy łóżku chorego.

2. Typ niemiecki: Podstawa nauka uniwersytecka: laboratorja, systematyczne wykłady i ćwiczenia; kliniki.

3. Typ amerykański, wynikający z odmiennej organizacji szkół lekarskich, których ogromna, bo do 400 sięgająca niegdyś liczba, obecnie stopniała do 80 stanowiący kombinację obu poprzednich typów, jednak na ogół z przeważaniem drugiego.

Właściwa różnica pomiędzy tymi typami leży mniej w dziedzinie środków do nauczania służących, niż w dziedzinie ideałów wychowawczych. U Francuzów i Anglików na pierwszy plan występuje tu wysiłek indywidualny, u Niemców zbiorowy.

Z punktu widzenia rozwoju talentów autorowi typ niemiecki wydaje się znowu odpowiedniejszym.

Zresztą curriculum lekarskie wszędzie obejmuje za wiele materjału i za wiele przedmiotów, będąc tak ułożonem, jak gdyby, się brało na serjo możliwość osiągnięcia tego, w czego osiągnięcie nikt właściwie nie wierzy. Kurs lekarski bowiem nie może dać zupełnego przygotowania do praktyki, a lekarzem zostaje się dopiero, będąc lekarzem. Podobnie, jak wszędzie indziej, także w nauczaniu medycyny, nadmiar organizacji jest raczej szkodliwy. Nie należy się zbytnio opiekować studentem, ani też porać się z nim zanadto 278. Europejska (czytaj niemiecka) metoda spodziewa się, że student będzie się uczył, uważając, że ten, kto sam tego nie potrafi, poprostu pomylił się w wyborze zawodu, podczas, gdy amerykański student, chce, żeby go nauczono. Niemiecka zasada wolności uniwersyteckiej zdaniem autora szczęśliwie wyszła z życiowej próby ogniowej, a jedną z dobrych jej stron byłoby to, że student może bronić się przed przeciążeniem, nie chodząc na wykłady, bez których może się obejść i zgłaszając się do egzaminów nie w terminach z góry wyznaczonych, lecz wtedy, kiedy się czuje do nich przygotowanym.

Flexner, będąc, jakeśmy już widzieli, zwolennikiem raczej systematycznego niż praktycznego układu studjów lekarskich dochodzi do twierdzenia, że nawet pożyteczniej, aby niektóre nauki pomocnicze, n. p. biologję, fizjologję wykładali przyrodnicy — nie lekarze, oraz żeby nie tylko dawać systematyczne wykłady historji medycyny, lecz też traktować wykład poszczególnych przedmiotów lekarskich z historyczno-filozoficznego stanowiska. 182. Co się tyczy egzaminów, to lepsze mniej szczegółowe, ale obejmujące szersze pole od kursowych, całkiem specjalnych. 279.

W sprawie organizacji ciał nauczycielskich uczelni lekarskich autor też jest zdania, że pomimo wszelkich niedomagań systemu niemieckiego, pożyteczniejszy on dla nauki od innych, zmuszając profesorów do starania się o dobre wykłady w swoim własnym interesie, 151, podczas, gdy francuska metoda konkursów bynajmniej nie chroni od protekcjonalizmu. Przytem w Niemczech klinika jest zupełnie zależna od uniwersytetu i profesora, podczas, gdy w Anglji i Francji ten ostatni jest tylko oddziałowym lekarzem szpitalnym, zadaniem szpitala zaś jest tylko produkcja lekarzy, nie zaś uczonych. Z tego wynika, że planową współpracę kliniki z laboratorjum widzimy tylko w krajach germańskich (we Francji jedynie w Strasburgu) a asystenci niemieccy na ogół bywają lepiej przygotowani od francuskich. W Ameryce szkoły lekarskie zadania swe spełniają rozmaicie. Czasem doskonale, niekiedy chaotycznie, a w pewnych wypadkach — skandalicznie.

Wreszcie autor wypowiada się bardzo stanowczo przeciwko wyodrębnianiu wydziałów lekarskich w osobne szkoły, niezależnie od uniwersytetów. 233.

Koszta nauczania lekarskiego rosną niepomiernie. Dotacje wydziałów pruskich zwiększyły się o 500% w ciągu lat 30 (1875—1905). Po wojnie musiano je zredukować tak, że jakiś czas były całkiem niewystarczające (teraz jednak je znowu podnoszą przyp. ref.). Na-

tomiast po wojnie znacznie zwiększono dotacje wydziałów amerykańskich. Teoretyczni profesorowie dostają tam nieraz po $ 8000, Klinicyści czasem jeszcze więcej, o ile nie oddają się praktyce prywatnej (full time). Laboratorja utrzymują też nieraz olbrzymie dotacje.

Ogólne wrażenie książki Flexnera takie, że według niego dziś, biorac wszystkie „pro i contra", nauczanie medycyny byłoby najlepiej zorganizowane w Niemczech i germańskich krajach europejskiego kontynentu. Najważniejszy brak tego systemu: niedostateczne przygotowanie praktyczne Niemcy uświadamiają sobie dobrze, starając się zaradzić obowiązkową szpitalną praktyką po skończeniu studjów. Co prawda Flexner niebardzo wierzy w skuteczność tej metody ze względu na to, że taki praktykant nie mając żadnego określonego stanowiska w szpitalu, nie może też poczuwać się do żadnej odpowiedzialności.

Nas, którzy przyzwyczailiśmy się widzieć w Stanach Zjedn. Ameryki Półn. główną twierdzę kierunku „naturalnego" w nauczaniu, dziwi w pierwszej chwili stanowisko, zajęte w tej kwestji przez wybitnego Amerykanina. Może niesłusznie zresztą, bo wiadomo, że właśnie tam, gdzie się najwcześniej zrealizowała myśl nowa, zwykle też najwcześniej poczyna się reakcja.

S. Trzebiński (Wilno).

Mjr. J. Babecki i Mjr. G. Szulc: *Szczur i walka z nim.* Wydawnictwo „Lekarza wojskowego". Warszawa 1926. Str. 60.

Autorowie w części I-ej ogólnej podają w krótki sposób ogólne wiadomości o szczurze, a więc jego szkodliwość pod względem gospodarczym i zdrowia publicznego, jego biologję i rodzaje, warunki rozmnażania się, i choroby, które mogą się rozszerzać za pośrednictwem szczura. W drugiej więcej szczegółowo opracowanej części broszury podane są w sposób przejrzysty i praktyczny sposoby tępienia plagi szczurzej.

Pojawienie się tej pracy wypełnia dość dotkliwą lukę w piśmiennictwie polskiem, i nastąpiło w chwili bardzo odpowiedniej, jeśli się uwzględni coraz częściej pojawiające się notatki dziennikarskie o wypadkach dżumy w poszczególnych miejscowościach naszego kontynentu, jako też fakt, że Polska będąc obecnie także choć bardzo skromnych rozmiarów mocarstwem morskiem narażoną jest więcej aniżeli dotąd na możność odczucia szkodliwości szczura, aniżeli dotąd.

Jak zaś nieobliczalne są szkody jakie ten pasożytniczy gryzoń spowodować może, wystarczy przypomnieć notatki dzienników z dni ostatnich, według których ludność jednej z wysp na Wołdze w ilości około 150.000 mieszkańców, zagrożoną została w swem bytowaniu przez to, że szczury przegryzły olbrzymią tamę, chroniacą część tej wyspy przed zalaniem wodą Wołgi.

K. K.

Dr. L. Zembrzuski: *„Ojciec chirurgji Polskiej Rafał Józef Czerwiakowski".* Nakładem Bibljoteki oficerskiej szkoły sanitarnej. Str. 16.

Autor na tle zwięzłej biografji twórcy chirurgji Polskiej Rafała Józefa Czerwiakowskiego przedstawia obraz upadku, w jakim pozostawała chirurgja w Polsce aż do dnia, kiedy dzięki zarządzeniom komisji edukacyjnej została urządzoną pierwsza klinika chirurgiczna w szpitalu św. Barbary w Krakowie o 2 łóżkach, a Czerwiakowskiemu zostały powierzone jako profesorowi wykłady: anatomji chirurgji i położnictwa w r. 1780. Praca Dr. Zembrzuskiego kończy się wykazem dzieł naukowych ogłoszonych z rozmaitych dziedzin medycyny prof. Czerwiakowskiego i jest bardzo zajmującym przyczynkiem do historji medycyny w Polsce.

K. K.

Fr. Redeker: *Allgemeine Krankheitslehre der Kindertuberkulose,* Fr. Redeker i G. Simon: *Allgemeine Diagnose der Kindertuberkulose.* (Würzberger Abhandlungen aus dem Gesamtgebiet der Medizin, 1926, Lipsk. C. Kabitzsch, Cena: marek 8.).

Gruźlica nie przestaje żywo zajmować umysłów lekarzy. Przedewszystkiem tyczy się to gruźlicy wieku dziecięcego, gdyż na ten okres życia przypadają z reguły początki choroby przedstawiające jeszcze wiele szczegółów niejasnych co do patogenezy, ogólnego biegu choroby, objawów ogólnych i miejscowych. Wartość omawianej rozprawy polega głównie na tem, że przynosi ona w tym kierunku wiele szczegółów nowych i zajmujących. Autor pierwszej jej części był mianowicie w tem szczęśliwem położeniu, że jako lekarz zakładów Thyssenowskich w Mühlheim-Styrum (zagłębie Ruhry) rozporządzał wszelkimi nowoczesnymi środkami badania, w szczególności pierwszorzędnym przyrządem Roentgenowskim i nie potrzebował się widocznie krępować kosztami klisz, bo stosował badanie dowolnie często, gdy tylko uważał je za potrzebne w celach rozpoznania lub kontrolowania przebiegu. Nie natrafiał także ze strony powierzonych swej opiece rodzin robotniczych na opór przy szerokiem stosowaniu prób tuberkulinowych: powtarzano je u dzieci w regularnych odstępach i w ten sposób można było wychwytać wszystkie świeże zakażenia gruźlicze niejako *in flagranti.* Śledząc następnie za źródłem zakażenia, a więc za osobami wykaszlującemi prątki, można je było prawie bez wyjątku wynaleść. Aby jednak osiągnąć takie wyniki, trzeba było często przebadać roentgenologicznie nietylko rodzinę dziecka zakażonego i domowników, ale także osoby przychodzące w odwiedziny, wreszcie poznać zwyczaje dziecka, gdyż niejednokrotnie zawiera ono poza domem przyjaźnie niebezpieczne dla siebie. Nietylko źródło zakażenia udaje się w ten sposób wyśledzić, ale także określić bliżej jego sposób. Może mianowicie chodzić o zakażenie „przygodne" nie powtarzające się następnie, co jest ważne, gdyż dziecko w takim razie ma czas wytworzyć swoistą odporność, albo o zakażenie „wkradające się", gdy w pewien czas po pierwszem zakażeniu następują dalsze, dodatkowe, czasem stopniowo wzmagające co do częstości i natężenia, jak to bywa przy zakażeniu wewnątrzrodzinnem, wreszcie o więcej masowe zakażenie „najazdowe", które znów może pozostać odosobnione (zakażenie pozarodzinne), lub powtarzać się. Autor wykazuje na podstawie tablic zestawionych ze swych spostrzeżeń, że sposób zakażenia ma wyraźny wpływ na postać kliniczną gruźlicy i jej dalszy przebieg.

Znając źródło zakażenia można zarządzić najodpowiedniejsze postępowanie celem zabezpieczenia od zakażenia innych dzieci dotąd niedotkniętych, ale także celem zabezpieczenia samego dziecka zakażonego od zakażeń dodatkowych, tym bowiem ostatnim autor przypisuje wielkie znaczenie w kształtowaniu się dalszego przebiegu. Trzeba podnieść, że niektóre źródła zakażenia można tylko z wielką trudnością wykryć i unieszkodliwić mianowicie wtedy, gdy osobom dotyczącym, jak nauczycielom, pielęgniarkom, grozi w razie stwierdzenia ich choroby utrata możności zarobkowania.

Z literatury przedmiotu w tekście i spisie uwzględniono prawie wyłącznie autorów niemieckich. Nawet wtedy, gdy autor pisze o *„toux bitonal"* kaszlu dwudźwięcznym, opisanym przez Marfana i Dorę Mantoux, jako objawie gruźlicy gruczołów oskrzelowych u małych dzieci nie słyszymy nic o autorach francuskich, a dowiadujemy się tylko, że to szczególnie Kleinschmidt na ten objaw zwracał uwagę. Podobnie dyszenie wydechowe — drugi taki objaw — nazywa się „Schick'owskiem" chociaż już przed Schickiem opisali je autorzy francuscy (Variot, Bruder, Guinon, Bougarel), co zresztą sam Schick wyraźnie przyznawał, twierdząc jedynie, że zauważył ten objaw niezależnie.

Omawiany zeszyt stanowi część pierwszą rozprawy: dwie dalsze będą traktować o szczegółowem rozpoznaniu i leczeniu gruźlicy dziecięcej (Cena Mk. niem. 10 i 5).

Lewkowicz.

Prof. Dr. Włodzimierz Lindeman. *Podstawy ratownictwa zatrutych gazami* Nakł. Tow. Obr. Przeciwgazowej. Wydano z funduszu im. Wł. Rabskiego. Warszawa 1926. str. 104.

Naszej rodzimej literaturze o broni chemicznej przybyła poważna praca. Poznanie toksykologji gazów bojowych jest jednym z koniecznych warunków nietylko dla lekarza, lecz i dla farmaceuty, interesującego się tą gałęzią techniki wojennej. Nie chodzi tu, rzecz prosta, o sprawy czysto lecznicze, wymagające znajomości anatomji, fizjologji oraz terapji, lecz poprostu o współdziałanie farmaceuty z lekarzem w przypadkach, wymagających chemicznego zobojętnienia trucizny. Tak np. podczas wojny cały sztab farmaceutów francuskich pracował nad subsatncjami chłonnemi do masek przeciwgazowych pod kierunkiem Delépine'a, Javillier'a i Abresta.

W pierwszym rozdziale swej książki zapoznaje nas autor z przejawami zatruć bojowych, a więc z uszkodzeniami dróg oddechowych, krwiobiegu, oczu, skóry i innych narządów. Rozdział drugi poświęcony jest walce z zatruciami, a więc znajdujemy opisy ochrony zbiorowej (izolowane schrony i oczyszczanie powietrza) oraz ochrony zbiorowej (przyrządy oddechowe i pochłaniacze chemiczne). Trzeci wreszcie rozdział zawiera rzeczowo opracowane leczenie zatruć bojowych środkami drażniącemi, duszącemi i żrącemi. W załączniku znajdujemy spis narzędzi, lekarstw i materjałów opatrunkowych.

Książkę prof. Lindemana gorąco zalecić należy każdemu, komu zależy na poznaniu całokształtu wojny chemicznej, w myśl zdania autora, że „walka chemiczna tyczy się nie tylko wojskowych, ale prawie każdego, kto znajdzie się przypadkowo w sferze działań wojennych, każdy przeto myślący człowiek winien dążyć do dokładnego obznajomienia się ze sposobami zwalczania i zapobiegania zatruciom bojowym".

M. P.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Wraczebnaja Gazieta.

Nr. 4. r. 1926.

J. Grossman: *Nowy odczyn patologiczny — palcowo - bólowy.* Wyżej wspomniany odczyn daje się wywołać za pomocą odpowiednio silnego naciśnięcia aż do bólu, palcami wskazującym i dużym, ostatniego członka paznokciowego palców nogi chorego. Ucisk członka paznokciowego palca małego i innych aż do palucha powoduje wyraźne wystąpienie zgięcia grzbietowego palucha. Naciśnięcie natomiast członka paznokciowego palucha daje wybitne zgięcie wszystkich innych palców w kierunku podeszwy wraz z wachlarzowatem ich rozsuwaniem się. Powyższe zjawisko autor spostrzegał wyłącznie w przypadkach schorzeń organicznych układu nerwowego, w których to przypadkach stale ten odruch występował. Szczegółowa kontrola kliniczna wykazała, że odruch ten stale zaznacza się u chorych, którzy byli badani w najrozmaitszych ułożeniach, a mianowicie w pozycji leżącej na brzuchu, na plecach lub na boku. Autor twierdzi, że odruch ten jest nawcześniejszym objawem wszelkich uszkodzeń dróg piramidowych i poprzedza co do czasu wystąpienia odruch Babińskiego, zwłaszcza w przypadkach najrozmaitszych krwotoków mózgowych. Również badania jego wykazały, że odruch omawiany znika znacznie później, niż fenomen Babińskiego. Wyraźnie zaznaczony odruch autora świadczy o wybitnem wzmożeniu ogólnej pobudliwości. Dodatnim jest on zawsze w p zebiegu schorzeń przekroju poprzecznego, w stwardnieniu wieloogniskowem, w stwardnieniu bocznych powrózków, w chorobie Littl'a, w krwotokach mózgowych najrozmaitszego pochodzenia, a także w przebiegu innych schorzeń układu nerwowego, które wskazywałyby na wystąpienie porażenia bocznych powrózków. Łuk odruchowy tworzy czuciowa droga nerwowa, która wznosi się, podobnie jak to się dzieje przy innych odruchach ze skóry, aż do ośrodków korowych okolicy psychomotorycznej układu ośrodkowego.

W. Undrica: *Swoiste zabarwienie śluzówki nosa (białawostalowe plamy) w przebiegu dychawicy oskrzelowej, nieżytu naczynioruchowego i innych neurotycznych stanów odruchowych jamy nosowej.* W r. 1923 prof. Wojaczek omówił pewne szczegóły co do występowania odrębnego nieznanego objawu pod postacią białych i stalowo-srebrzystych plam na błonie śluzowej nosa w przebiegu dychawicy oskrzelowej, która to śluzówka wykazywała miast zwykle spostrzeganego zabarwienia różowego wyraźne plamy najrozmaitszej wielkości, przypominające raczej ślady zastosowanego roztworu adrenaliny. Szczegółowe badania autora w ostatnich latach pozwoliły niejednokrotnie zawczasu postawić trafne rozpoznania dychawicy oskrzelowej jedynie na mocy wyżej podanego objawu. W r. 1924 Muck w M. m. W. Nr. 24 podaje również podobne spostrzeżenia w zastosowaniu do dychawicy oskrzelowej. Powstanie tych plam pozostaje w związku z czynnościowym skurczem naczyń. W celu ustalenia istotnego pochodzenia wspomnianych plam, autor przystąpił do badania histologicznego wyciętych plam. Badania te jego, jakoteż eksperymenty przeprowadzone nad zwierzętami pracownianemi, u których autor przecinał nerw współczulny, wykazały, że plamy białe zależą w początkowych okresach wyłącznie od przyczyn czynnościowo-naczyniowych. Z biegiem czasu nienormalne napięcie układu współczulnego nerwowego, powoduje stale utrzymujący się skurcz w następstwie czego występują troficzne zmiany ogniskowe śluzówki, które przechodzą w dalszym przebiegu w trwałe zmiany anatomiczne. Zmiany te anatomiczne nie są już w stanie ustąpić nawet po zniknięciu skurczu. Autor sądzi, że zapoznanie się z pewną anomalją miejscową konstytucyjną ustroju daje lekarzowi praktykującemu cenne wskazówki co do rozpoznawania objawów przedmiotowych szeregu ważnych schorzeń.

A. Lidskij: *Plastyka pęcherza moczowego za pomocą wycinka z jelit.* Szczegółowy opis pomyślnie operowanego przypadku.

A. Kalinin: *Autohaemoterapja w Hyperemesis gravidarum.* Znane dotychczas próby, wyjaśniające pochodzenie występowania uporczywych ruchów wymiotnych u ciężarnych, opierają się niestety nadal na przesłankach hypotetycznych. Najbardziej przekonywującą hypotezą dla autora jest zapatrywanie, że objawy wymiotne znamionują ogólne zatrucie ustroju. Dla tego też przypuszcza on, że czynniki trujące i w danych przypadkach zostają pochłonięte (adsorbowane) przez czerwone ciałka krwi, które roznosząc się po całym ustroju, ulegają pochwyceniu przez erytrofagi miąższu śledzionowego, gdzie wreszcie ulegają zniszczeniu. Z powyższego wynika, że nieznaczna ilość czynników toksycznych, krążących w ustroju, może być z łatwością pochłonięta przez czerwone ciałka krwi. Inaczej się dzieje w przypadkach, w których zdolność pojemna wchłaniania czerwonych ciałek krwi jest wybitnie niedostateczną do pochwycenia całej substancji toksycznej, stale postępującej do krwi matki od strony łożyska bądź jaja płodowego. W tych oto przypadkach przemożny nadmiar substancyj trujących powoduje wystąpienie najrozmaitszych obrazów klinicznych. Obszerne rozważania teoretyczne autora co do znaczenia czerwonych ciałek krwi w przebiegu chorób zakaźnych i zatruć, skłoniły autora do zastosowania autohaemoterapji w przypadkach wymiotów uporczywych u ciężarnych. Osiągnięty dodatni wynik leczniczy zależał w opisanym przypadku wyłącznie od zastosowanego zabiegu. Podskórne podanie czerwonych ciałek krwi powodowało wzmożenie czynnego uodpornienia ustroju chorej. Powstanie wzmożonej wytwórczości niweczników pochodzi zdaniem autora z ożywionej działalności poliblastów makrofagów i podściółki podskórnej. Sama zaś surowica krwi, podana podskórnie, powoduje jedynie podwyższenie ciepłoty, co nie odgrywa zresztą wybitniejszego znaczenia. W końcu wspomnąć należy, że chora, u której przeprowadzono podobną kurację, wykazywała niezwykle ciężki przebieg chorobowy i już na 10-ty dzień pobytu na klinice szybko powróciła do stanu normalnej ciąży.

J. Połoński: *W sprawie seroterapji w przebiegu zatruć ciążowych.* Autor podaje wyniki lecznicze z zastosowaniem zwykłej surowicy koni w sześciu przypadkach zatruć ciężarnych, a mianowicie w 4-ch przypadkach wymiotów uporczywych u ciężarnych i w 2-ch przypadkach rzucawki porodowej. W pierwszych 4-ch przypadkach nastąpiło zupełne wyleczenie. W przypadkach leczenia wspomnianym sposobem rzucawki porodowej w jednym przypadku wystąpiło zejście śmiertelne. Ten przypadek nie zraża autora do tego sposobu leczenia, gdyż zastosowano w nim seroterapję jako *ultimum refugium* z powodu nader ciężkiego i beznadziejnego przebiegu.

W. Janusz.

Internatia Medicina Revuo.

1926. Nr. 4.

Ruzicka: *Źródło dobrego życia (eubiotyka).*

Ulman: *Liga Towarzystw Czerwonego Krzyża.*

Pachner: *Zaburzenia gruczołów płciowych wywołane działaniem promieni X.*

Ascher: *O leczeniu jaskry.*

Per: *O nowszem leczeniu łuszczycy.*

Dr. Fels (Lwów).

Medizinische Klinik.

Nr. 17.

Lossen: *Obraz chorobowy i etjologja Endocarditis lenta.* Wykład kliniczny.

Springer C. *Szew guzika frakowego przy wnętrostwie.* Autor poleca skombinowanie szwu parafunikularnego do okostnej kości łonowej wedle Bayera z ustaleniem jądra zapomocą szwu podobnego do guzika frakowego. Oba jądra łączymy nitką jedwabną przeszywającą przegrodę, długości 1 cm. Metoda ta, zastosowana przez autora w 10 przypadkach, nie daje nawrotów.

Gabriel G. *Oparzenia i uszkodzenia promieniami Roentgena.* Autor zwraca uwagę na duże znaczenie djagnostyki Roentgenologicznej i terapji w medycynie. Dla uniknięcia uszkodzeń i oparzeń winni lekarze jedynie wykształceni w tym kierunku zajmować się roentgenologją.

Korbsch R. *Wykonanie nakłucia lędźwiowego w znieczuleniu miejscowem i jego wartość dla praktyka.* Zmrożenie skóry chlorkiem etylu w 3 przestworzu międzykolczastym lędźwiowym nie wiele pomaga. Autor używa znieczulenia Novokainą 10% idąc stopniowo coraz głębiej i zmieniając igły na coraz dłuższe. Z chwilą dojścia do kanału lędźwiowego odejmuje strzykawkę. Wygląd płynu i ciśnienie, osad, wynik odczynu Pandy i złotowego pozwalają na rozpoznanie, a wykonać ostatnie może także praktyk.

Meissner M. *Zapobieganie odrze.* U 12 dzieci, które nie przechodziły odry, a zetknęły się przypadkowo z dzieckiem z odrą zastosowano ochronną surowicę Degkwitza. Żadno z tych dzieci nie zapadło na odrę. Wstrzyknięto śródmięśniowo jednostkę.

Hirschberg F. *O kiłowej marskości żołądka.* U mężczyzny 27-letniego wystąpiły w 3 lata po zakażeniu kiłą dolegliwości ze strony żołądka wyrażające się ciśnieniem, wymiotami po większej ilości przyjętych pokarmów i ślinotokiem. Stan, wyjąwszy krótkotrwałe przerwy, stale pogarszał się. Roentgenologicznie stwierdzano marskość żołądka, z niedomogą odźwiernika i silną *hypermotilitas.* Krwi w stolcu nie stwierdzano, brak kwasu solnego w części żołądkowej. Odczyn Wassermanna dodatni. Rozpoznano na tej podstawie marskość kiłową żołądka, a leczenie swoiste początkowo dało poprawę; zwiększenie się zwężenia części odźwiernikowej skłoniło do zabiegu operacyjnego, który dał dobry wynik. Chory po 10 dniach mógł przyjmować pożywienie breiowate, nie odczuwając żadnych dolegliwości. Zapalenie płuc i opłucnej spowodowało śmierć. Anatomicznie stwierdzono zgrubienie ściany żołądka, polegające na włóknistej przemianie podśluzówki. W części

odźwiernikowej blizny. Mikroskopowo brak zmian typowych dla kiły, jedynie dwie tętniczki podejrzane. Leczenie przeciwkiłowe przyspieszając gojenie się blizn części odźwiernikowej wywołało niewątpliwie powstanie owego zwężenia.

Gumpertz F. *Brodawczaki hypopharyngis o rzadkim umiejscowieniu.* Brodawczak był usadowiony zapomocą cienkiej szypuły w linji środkowej tylnej ściany *hypopharyngis* na wysokości chrząstki pierściennej i utrudniał fonację przez zaklinowanie i całkowite zamknięcie szpary głosowej.

Sonnenfeld A. *W sprawie etjologji pachymeningitis haemorrhagica interna.* W dwóch przypadkach wystąpiło po udarze słonecznym zapalenie krwotoczne opony twardej. W niejasnych mózgowych schorzeniach, które mogły być wywołane przez insolację, należy zwracać uwagę na obecność objawów podrażnienia opon, i w razie ich obecności zastosować leczenie przez nakłucie lędźwiowe.

Laubenheimer i Roques. *Badania nad składem wyciągów tolubalsamu do odczynu skłaczania Meinickego i o technice tego odczynu.* Użyteczność wyciągów balsamu tolu zależy od różnych czynników, których wpływu określić z góry nie można. Liczbowych danych dla sporządzenia użytecznego wyciągu, nie sposób podać. Porównanie dużej liczby wyników z odczynem Wassermanna pozwala na ocenę wyciągu. Dobrze sporządzony wyciąg daje więcej dodatnich wyników niż próba W., szczególnie przy kile utajonej i układu nerwowego.

Birkholz. *Parenteralny dowóz lecytyny, jako środka skracającego narkozę i zapobiegającego następstwom narkozy?* Obserwacje autora oparte na 15 przypadkach narkoz chloroformowych dały ujemne wyniki.

Hirsch. *Doświadczenia z polyhormonalnym środkiem odtłuszczającym „Leptormonem".* „Leptormon" zawiera hormony gruczołów płciowych, tarczycy i przysadki, *digitalis* i *calc. lacticum*, obok środków przeczyszczających; podany może być do wstrzykiwań lub w kołaczykach. Przy stosowaniu tego środka otrzymano spadek na wadze 3½ do 8 kg. Otyłości pochodzenia tarczycowego szczególnie dobrze oddziaływują, także i klimakteryczne.

Nr. 18.

Klieneberger. *Leczenie gruźlicy płuc.* Środka chemicznego działającego skutecznie przeciw gruźlicy nieposiadamy. Tzw. leczenie specyficzne uważa K. za celowe i potrzebne, brak jednak pewnych kryterjów dla wykazania działania tegoż. Przestrzega przed wywoływaniem silniejszego odczynu. Leczenie odmą wymaga wielkich ostrożności. Najważniejszem pozostaje djetetyczne i klimatyczne. Przeciw gorączce poleca pyramidon w małych dawkach po 0,075 do 0,1 grama.

R. Stephan. *O hormonie kory nadnercza.* Autor badał zachowanie się ilościowe ciałek czerwonych krwi, krzepnienia, cukru we krwi a także i bilirubiny u ludzi, którym wstrzykiwał wyciąg z kory nadnercza. Działanie hormonu kory nadnercza jest dwufazowe: początkowa reakcja paradoksalna i odczyn główny. Pierwsza jest wynikiem mobilizacji antagonistów, przedewszystkiem insuliny. Przedłużenie czasu krzepnienia, pomnożenie ilościowe ciałek czerwonych w jednostce objętości, zwiększenie ilości cukru we krwi są wedle autora następstwem czynnościowej blokady układu siateczkowo-śródbłonkowego przez hormon kory nadnercza.

Daube J. *Wiąd rdzenia u 2 sióstr na podłożu kiły wrodzonej.* Paraliż i wiąd na podłożu wrodzonej kiły są rzadkie; autor opisuje dwa przypadki wiądu u sióstr, jeden z nich sekcyjnie potwierdzony. Kiła wrodzona nie ulega wątpliwości, wobec blizn rogówki i ognisk w naczyniówce u jednej, a trójcy Hutchinsona u drugiej z sióstr. Schorzenia te przeważnie powoli rozwijają się.

E. Fishberg. *W sprawie stosunku C:N w moczu dziecka.* Współczynnik C:N u dzieci waha się u zdrowych jakoteż i chorych dzieci między 0,6 a 0,85. Wysoki współczynnik C:N u osesków zależy od wpływów alimentarnych. W przypadku acetonurji przy zakażeniu, w leczeniu odtłuszczającem, u dzieci wybitnie kachetycznych nie znajdowano odznak dysoksydacyjnej karbonurji.

Kudlich. *Przypadek pierwotnego raka pęcherzyka nasiennego.* Rak gruczołowy cewkowo-brodawczakowaty wychodzący z prawego pęcherzyka, naciekający gruczoł krokowy i drugi pęcherzyk dający przerzuty.

Sommer. *Przypadek antesakralnego, heterotypicznego struniaka (chordoma).* U chorego cierpiącego od 2 lat na bóle w okolicy krzyżów, stwierdzono guz w okolicy kości krzyżowej, niestojący w związku z odbytnicą. Podczas operacji wydobyty guz był galaretowaty, o budowie płatowej wielkości pięści. Histologicznie obraz struniaka heterotypicznego.

Maas. *Guz rdzenia operacyjnie usunięty przy cukrzycy.* U kobiety 61-letniej z cukrzycą usunięto operacyjnie z pomyślnym wynikiem guz rdzenia. Przebieg operacji dobry, dzięki stosowaniu insuliny. Poprzednio objawy uważano za *neuritis diabetica* wzgl. *myelitis.* Rozpoznanie potwierdzono przez zastosowanie lipojodolu.

Lesser. *Z biologji kiły.* Krętek blady jest przedewszystkiem pasorzytem ścian naczyniowych. Kilaki powstają wedle L. przeważnie przez martwicę tkanki macierzystej, miąższu.

Holzamer. *Leczenie rzerzączki u kobiet pałeczkami pęczniejącymi.* Pałeczki pęczniejące z 1½ azotanem srebra („Partag on Sandoz") sporządzone przez Neegaarda i Schärera stanowią cenny nabytek w lecznictwie.

Petry. *Doświadczenia z narkozą po wstrzyknięciu śródżylnem „Somnifenu".* Autor w 3 przypadkach zastosował „Somnifen" dając dawki niższe niż Fredet i Perlis. Mimo pewnych zalet środek ten daje ciężkie objawy trwające do 48 godzin (motoryczny niepokój, drżenie rąk) które obniżają wartość jego.

Boenheim. *Nowy preparat arsenowy skombinowany z grasicą.* „Katalysin" (arsen+grasica+Ph+strychnina) w ampułkach lub tabletkach, daje dobre wyniki jako *roborans* przy niedokrewnościach, wyczerpaniu, Basedowie (z równoczesnem podawaniem jodu w małych dawkach). *Grabowski.*

Monatschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie.

Band LXXII. Heft 1—2. Januar 1926.

Doc. Dr. Schmidt (Bonn): *W sprawie wydzielania i wchłaniania wód płodowych oraz zaburzeń tych czynności przy wadach rozwojowych.* Badania anatomiczne wykazały, że wody płodowe są wydzieliną przybłonka owodni; głównem źródłem jest przybłonek owodni pokrywający łożysko. Przyczyny zbyt wielkiego zgromadzenia się wód płodowych dotychczas nie są dokładnie poznane, bez wątpienia przyczyny te leżą w nieprawidłowej czynności owodni. Nadmierne nagromadzenie się wód płodowych może powodować nie tylko zbytnia produkcja lecz i zmniejszony odpływ wód. Że owodnia oprócz produkcji wód płodowych przyjmuje czynny udział i w ich wchłanianiu, dowodzi fakt zmniejszania się ilości wód płodowych po śmierci płodu. Oprócz tego znaczna ilość wód płodowych zostaje wchłonięta w przewodzie pokarmowym płodu.

W wielu przypadkach zbytnia ilość wód płodowych nagromadza się li tylko wskutek zniesienia tego ostatniego czynnika. Do tej grupy należą przypadki *hydramnios* przy wadach rozwojowych płodu polegających na niedrożności przewodu pokarmowego w górnym jego odcinku.

Eufinger i Heimannsberg: *Krzywa ciśnienia krwi po podaniu adrenaliny, a ciążowa wagotonia.* Obserwując zmiany ciśnienia krwi po dożylnem i podskórnem podawaniu adrenaliny u osób ciężarnych i u położnic, autorowie doszli do następujących wniosków.

Krzywe ciśnienia po dożylnem zastosowaniu adrenaliny są zupełnie podobne do krzywych po wstrzyknięciu podskórnem, różniąc się tylko niejednakowym czasem trwania reakcji. Z wykresów ciśnienia krwi po podaniu adrenaliny (szczególnie podczas ciąży) nie można wysnuwać wniosków o stanie wegetatywnego ustroju nerwowego. Przypuszczenia, że ciałko żółte ciążowe jest przyczyną odmiennego odczynu po zastosowaniu adrenaliny, są bardzo mało prawdopodobne. Wstrzykiwanie adrenaliny u osób ciężarnych nie jest obojętne dla ustroju; w jednym przypadku mieli autorowie po wstrzyknięciu ciężki zapad i przedwczesne wystąpienie czynności porodowej.

Dr. Malfatti (Insbruk): *W sprawie skrętu kiszek u ciężarnych.* U ciężarnej w X mies. ciąży wystąpiły stopniowo wzrastające objawy skrętu jelit, a po pewnym czasie zaczęła się czynność porodowa. Wykonano cięcie cesarskie. Podczas laparatomji oprócz wzdęcia i nieznacznego przekrwienia jelit żadnych zmian nie stwierdzono. Ponieważ objawy skrętu nie ustępowały, po 2 dniach wykonano ileostomję. W kilka dni po zabiegu *exitus letalis.*

Ponieważ laparatomja, jak również i późniejsza sekcja zwłok przyczyny niedrożności nie ustaliły, to dany przypadek należy uważać jako przypadek ciążowej niedrożności jelit. Podobne przypadki należą do rzadkości. Fleischhaus przypuszcza, iż w tych przypadkach ma się do czynienia z jeszcze większem niż to zwykle bywa w ciąży, upośledzeniem ruchu robaczkowego jelit, tak, że nawet tak nieznaczny ucisk jaki wywiera ciężarna macica na jelita może spowodować niedrożność. Oczywista, że w każdym przypadku niedrożności jelit podczas ciąży, wskazanem jest otwarcie jamy brzusznej, ponieważ dopiero wtedy przyczyna niedrożności może być dokładnie ustalona. W razie stwierdzenia ciążowej niedrożności jelit, autor poleca wypróżnienie jamy macicy.

Prof. Zimmermann (Jena): *W sprawie wytwarzania się doczesnej w ciężarnym jajowodzie.* Sprawa przyznania błonie śluzowej jajowodu zdolności wytwarzania błony doczesnej nie jest dotychczas wyjaśniona. Przy wczesnej ciąży trąbkowej badanie drobnowidowe częstokroć stwierdza zupełny brak doczesnej, w później-

szych okresach ciąży doczesna w rzadkich tylko przypadkach tworzy nieprzerwaną warstwę, najczęściej bywa rozrzucona ogniskowo. Z tego powodu większość autorów odmawia błonie śluzowej jajowodu zdolności wytwarzania błony doczesnej. Wysepki doczesnej stwierdzane w ciężarnym jajowodzie uważają oni za odczyn zapalny.

Autor jest odmiennego zdania. Sądzi on, że doczesna rozwija się w jajowodzie, tak samo jak i w macicy, pod wpływem hormonów. Doczesna nie wytwarza się tylko w tych miejscach, gdzie błona śluzowa jajowodu skutkiem przebytych spraw zapalnych, uległa zniszczeniu lub też znacznemu uszkodzeniu.

Dr. Weil (Paryż): *Zellulare Entwicklungsmechanik.* Dodatek do prac autora ogłoszonych w poprzednich tomach Monatschr. f. Geb. und Gyn.

Prof. Hinselmann: *Przyczynek do poznania uszkodzeń dolnych dróg narządu rodnego po porodzie siłami natury na podstawie wziernikowania pochwy u położnic.* Autor podaje wyniki wziernikowania pochwy, które wykonał w 160 przypadkach. Obrażenia dróg porodowych dotyczą głównie brzegów ujścia zewnętrznego i wejścia do pochwy. Obrażenia tylko ścian pochwy zdarzają się nader rzadko: w 7 przypadkach stwierdzono nieznaczne podbiegnięcia krwawe w środkowej części pochwy, mniej więcej w tychże przypadkach powierzchowne zadraśnięcia. Głębsze pęknięcia dotyczące tylko ścian pochwy stwierdzono w 2 przypadkach.

W przedsionku stwierdzano wielokrotnie zgniecenie tkanek przedstawiające się jako podbiegnięcia krwawe lub prawdziwe zranienia. Zgniecenia te przebiegają od brzegu błony dziewiczej ku górze i obok cewki moczowej przechodzą w okolice łechtaczki. Powstawaniu tych zgnieceń sprzyja forsowne podtrzymywanie krocza. Opisane zgniecenia już przy trzykrotnem powiększeniu spostrzegać można w każdym przypadku.

Pęknięcia brzegów ujścia zewnętrznegyo powstają nie w każdym przypadku. Częstokroć daje się stwierdzić ujście zupełnie okrągłe, jak u pierwiastki. W jednym przypadku, u 30 letniej pierwiastki, poród nastąpił przy zupełnie nienaruszonym ujściu przez pęknięcie tylnej ściany szyji. W przypadku tym połóg przebiegał prawidłowo i pęknięcie stwierdzono w ósmym dniu połogu zupełnie przypadkowo.

Dr. Liegner (Wrocław): *Zatrucie rtęcią ze strony pochwy.* Przypadek dotyczy 35-letniej kobiety, która przez przeoczenie wprowadziła do pochwy zamiast gałki pochwowej — pastylkę *hydrarg. oxycyanatum* (1 gr.); w kilka godzin potem wystąpiły objawy zatrucia rtęcią, a po 7 dniowych cierpieniach — śmierć. Oprócz swego przypadku, autor przytacza 3 prawie identyczne przypadki zebrane z piśmiennictwa. We wszystkich tych przypadkach zejście było śmiertelne. Objawy zatrucia niczem nie różniły się od objawów zatrucia rtęcią ze strony przewodu pokarmowego.

Wskutek żrącego działania rtęć szybko niszczy przybłonek pochwowy, a wtedy łatwo dostaje się do tkanki okołopochwowej obficie zaopatrzonej w naczynia krwionośne i chłonne, skąd szybko przedostaje się do ustroju. W wchłanianiu trucizny przyjmuje również żywy udział błona śluzowa prostnicy.

Ponieważ wszystkie znane zatrucia miały zejście śmiertelne, autor uważa iż w podobnych przypadkach postępowanie powinno być o ile możności radykalne: usunięcie pochwy wraz z otaczającą tkanką łączną i przylegającą częścią prostnicy, wytworzenie *anus sacralis.*

Dr. Neuwirth (Wiedeń): *Ujemne strony trzebienia młodych, a zwłaszcza rzekomo gruźliczych kobiet.* Wspominając kilka przypadków z własnej praktyki, w których dwaj profesorowie-interniści wydali wręcz przeciwne orzeczenie w sprawie wskazania do przerwania ciąży, autor ostrzega przed zbyt pochopnem trzebieniem kobiet. Okoliczność, że kobieta już ma kilkoro zdrowych dzieci nie powinna wpływać na nasze postanowienie. Czasowa sterylizacja również nie powinna być stosowana, ponieważ nie możemy zagwarantować, że zwrócimy kobiecie możność zastąpienia. Sterylizację z dobrym skutkiem zastąpić mogą rozmaite *anticoncipientia.*

Dr. Stachow (Berlin): *Doświadczenia z Clavipuryną (Gehe) stosowaną dożylnie w praktyce położniczej. Clavipurin* wprowadzony do handlu przez firmę Gehe i Ska (Drezno) jest preparatem sporyszowym, a mianowicie 1‰ roczczynem ergotoksyny, wzgl. ergotaminy. Preparat ten wypróbował autor w 97 przypadkach krwawień atonicznych po odejściu łożyska i podczas wykonywania cięcia cesarskiego. W $\frac{1}{2}$—1 min. po dożylnem wstrzyknięciu 1 amp. *clavipuryny,* występuje silny skurcz macicy trwający 15—30 min. następnie skurcz nieco wolnieje lecz utrzymuje się jeszcze 2—4 godz. W jednym przypadku cięcia cesarskiego, gdzie wstrzyknięcia dokonano podczas przecinania powłok brzusznych, wskutek silnego skurczu macicy wystąpiły znaczne trudności przy wydobywaniu płodu.

Żadnych ubocznych objawów po dożylnem stosowaniu *clavipuryny* nie stwierdzono. Po domięśniowem wstrzyknięciu preparatu, skurcz macicy występuje dopiero po 10—15 min.

A. Martin: *O ochronie macierzyństwa.* Nie nadaje się do streszczenia.

Dr. Theodor (Rostow n. D.): *Leczenie promieniami Roentgena ostrych i podostrych spraw zapalnych narządu rodnego kobiecego.* Autor stosował naświetlanie małemi dawkami roentgenowskiemi wszystkich ostrych i podostrych spraw zapalnych miednicy małej (zapalenie jajowodów, jajników, otrzewnej miednicy małej, przymacicza). Im sprawa była świeższa, tem wyniki korzystniejsze; wyniki leczenia nie zależą od umiejscowienia sprawy zapalnej. Naogół naświetlany materjał da się podzielić na 2 grupy. W pierwszej grupie, do której należy przeważna część całego materjału, już w 24 godziny po naświetlaniu występowało znaczne polepszenie, bóle znikały, ciepłota spadała do normy, a przynajmniej znacznie się obniżała. W krótkim czasie pierwotny wysięk zmniejszał się, ewentualnie znikał zupełnie. W drugiej, niewielkiej, grupie przypadków dochodziło do zropienia wysięku.

Wyniki badania krwi różniły się od wyników opisywanych w podobnych przypadkach przez innych autorów: leukocytoza zmniejszała się głównie kosztem obojętnochłonnych leukocytów, natomiast zwiększała się ilość limfocytów. W 6—8 dni po naświetlaniu ilość ciałek białych znowu zaczynała się zwiększać. Co się tyczy techniki naświetlań, to autor stosował dawki bardzo małe (5% dawki rumieniowej) filtr — 3 mm. Al.

Między dwoma naświetlaniami przynajmniej 8 dni przerwy; o ile po 2 naświetlaniach nie nastąpiło polepszenie, to i trzecie naświetlanie niewiele pomoże.

(Por. pracę: Bocheński i Meisels: „Naświetlania roentgenowskie w wysiękach przymacicznych" Ginek. Polska r. 1925).

Piotrowski.

Klinische Wochenschrift.

1926. Nr. 18.

Prof. Bürger (Kiel): O znaczeniu śródpłucnego ciśnienia dla krążenia krwi i dla mechanizmu zapadu przy ostrych wysiłkach. (C. d. n.).

Prof. Eppinger, Dr. Kisch i Schwarz (Wiedeń): *Badania doświadczalne nad działaniem „krótkiego spięcia" układu tętniczego z żylnym na pojemność uderzenia serca (Schlagvolumen) i na wielkość serca.* Punktem wyjścia dla doświadczeń na zwierzętach autorów była obserwacja kliniczna tętniaka tętniczo-żylnego. Takie „krótkie spięcie" układu tętniczego z żylnym stworzyli oni doświadczalnie na kotach łącząc aortę brzuszną z żyłą główną dolną. Skutkiem takiego krótkiego spięcia, które wyłącza część krążenia i układu włosowatego tętniczo-żylnego, jest spadek ciśnienia, przyspieszenie akcji serca i zwiększenie się pojemności uderzeń serca.

Prof. Friedberger (Greifswald): *Niewidzialne i nie dające się hodować postacie (kryptantigene vira) bakteryj chorobotwórczych.* Badania autora wykazały: 1) W chorobach wywołanych przez jady przesączalne lecz niewidzialne i nie dające się hodować, jak n. p. w durze osutkowym, istnieje także widzialna postać drobnoustroju, dająca się hodować, a mianowicie Proteus X. 2) Przy schorzeniach, wywołanych przez bakterje niewątpliwie widzialne i dające się hodować, jak np. przy durze, istnieje też postać niewidzialna i jad niewidzialny. Fakty te wymagają rewizji poglądów o jadach przechodzących przez filtry i mają doniosłe znaczenie w sprawie zakażenia w poszczególnych przypadkach, i tłumaczą wiele zjawisk z dziedziny epidemjologji których dotychczasowe wiadomości bakterjologji nie wyjaśniały.

Prof. Dresel (Heidelberg): Zmiana hamująca wzrost buljonu pożywek, wywołana przez środki zachłaniające *(adsorbentia).*

Stoye (Halle): O histochemicznej wykazalności fosforanów i innych jonów w rosnącej kości.

Okamoto (Freiburg): Epidemjologiczne spostrzeżenia na myszach i morskich świnkach.

Kleesattel (Hamburg): *Rozpoznanie ciąży i określanie płci przy pomocy interferometrji.* Autor dochodzi do wniosku, że badanie interferometryczne, wprowadzone przez B. Hirscha nie nadaje się w swej dotychczasowej postaci do pewnego swoistego rozpoznawania ciąży. Przepowiadanie płci noworodka w czasie ciąży nie jest przy tej metodzie możliwe. Zawiera ona liczne błędy, nie dające się uniknąć.

Dörbeck (Berlin): *W sprawie etjologji choroby portowej (Haffkrankheit):* Autor zwalcza zapatrywania Wielanda jakoby w tej chorobie spożywanie węgorzy odgrywało rolę przyczynową, i sądzi, że chodzi tu o wdechanie wznoszących się z wody portowej i ziemi oparów i gazów trujących, a to prawdopodobnie skomplikowanych połączeń arsenowych.

Schlesinger (Berlin): O męczeniu się odruchu źrenicznego przy działaniu bodźców monochromatycznych.

Hetenyi (Budapest): *Wpływ kwasów i alkalij na działanie insuliny w doświadczeniach na królikach.* U królików, u których zastrzykiwano insulinę w dawkach nie prowadzących do kompleksu hipoglikemicznego, podawanie przez usta kwasu nie wywiera wpływu na krzywą cukru we krwi. Podawanie alkaljów przedłuża znacznie odcukrzające działanie insuliny .Przy stosowaniu większych dawek insuliny u zwierząt alkalizowanych objawy hipoglikemiczne uwydatniają się znacznie silniej. Kompleks hipoglikemiczny u zwierząt insulinowanych może być przez dożylne doprowadzenie kwasu zniesiony w bardzo krótkim czasie. Natomiast doprowadzanie dożylne alkaljów nie wywiera pewnego działania na kompleks hipoglikemiczny.

Wachtel (Kraków): *O odbarwieniu skóry po naświetlaniu roentgenologicznem.* Po naświetlaniu roentgenologicznem może zamiast zbrunatnienia wystąpić odbarwienie zresztą prawidłowej skóry. *Vitiligo post irradiationem* było obserwowane zarówno u osobników z prawidłowem zabarwieniem skóry jak również u osobników dotkniętych *vitiligo.*

Lenk (Wiedeń): *Rozpoznanie różniczkowe (roentgenologiczne) między guzem a gruźlicą płuc.* Trójka objawów roentgenologicznych, a mianowicie: jednostronność, jednolitość i ostre ograniczenie cienia nie wystarczają dla rozpoznania różniczkowego. Albowiem ten zespół dowodzi tylko grubo anatomicznych względnie fizykalnych stosunków, które wprawdzie często, lecz nie zawsze zdarzają się przy guzach, a często pojawiają się przy innych schorzeniach. Nie dają one obrazu charakterystycznego dla guzów złośliwych a mianowicie ich agresywności i wzrostu substytuującego względnie niszczącego. Istnieją pomocnicze znaki rozpoznawcze, za mało uwzględniane. Np. objaw Holzknechta-Jakobsona tj. wędrowanie śródpiersia i wdechowe przysysanie śródpiersia w stronę chorą przy zwężeniach oskrzeli wywołanych przez raka. Porażenie nerwu przeponowego *(phrenicus)* może dowodzić agresywności nowotworu, przesunięcia się lub przerzutów na nerw przeponowy. Zaciągnięcie względnie wypacie śródpiersia w stronę chorą przemawia przeciw nowotworowi. Przerastanie przez opłucną międzypłatową do płatu sąsiedniego przemawia za nowotworem. Gorączka z szybkiem zmniejszaniem się cienia po naświetlaniu dowodzi mięsaka. Gorączka bez zmiany cienia po naświetlaniu przemawia za gruźlicą. Samoistne znikanie cienia po naświetlaniu bez gorączki dowodzi chronicznego lub wtórnego procesu zapalnego płuc. Brak gorączki i brak zmiany cienia po naświetlaniu przemawia za rakiem lub guzem dobrotliwym. Napełnianie oskrzeli środkami kontrastowymi wielokrotnie daje obrazy dowodzące guza.

Prof. Wohlwill (Hamburg): Znaczenie urazu przy urodzeniu dla powstawania schorzeń mózgowych. (Dok. nastąpi).

Dr. Blassberg (Kraków).

Mitteilungen aus d. med. Fakultät d. Kais. Kyushu-Universitaet.

Tom IX. Z. 2.

S. Sugito: *O przyczynie śmierci w przypadkach niedrożności jelita.* Niema dotąd pewnego dowodu, że teorja odruchowa nerwowa, bakteryjna, niedokrewności mózgu, anhydremiczna, są istotnie słusznemi w tłumaczeniu przyczyny śmierci w przypadkach niedrożności jelita. Autor wykonał szereg doświadczeń na psach, w których przecinał w dwóch miejscach jelito i następnie zamykał szczelnie oba końca odcinka przeciętego. W innych przypadkach przecinał zwieracza żołądka, aby znieść jego skurcz i nie wywoływać niemal zamknięcia pewnego odcinka jelita, w jednem miejscu sztucznie przez autora zwężonego. Na podstawie doświadczeń swych autor doszedł do wniosków następujących: Śmierć z niedrożności jelita zachodzi tem szybciej, im jest wybitniejsze zaburzenie w krążeniu jelita zwężonego. Z reguły śmierć zachodziła tem szybciej, im wyżej znajdowało sie zwężenie. Podwiązanie przewodu trzustkowego opóźniało śmierć w tych przypadkach, w których zwężenie było wysoko umiejscowione. śmierci tej jednak niezapobiegało. Autor stwierdził działanie trujące krwi psa z niedrożnością jelita, wziętej z odpowiedniej żyły krezkowej, a nawet (w stopniu mniejszym) z naczyń innych, działanie to wykazywało wyciągi z błony śluzowej jelita niedrożnego, w odpowiedni sposób sporządzone. Podobne działanie okazywały wyciągi z błony śluzowej jelita psa zdrowego, jeżeli dodał do nich 1—2 oczek platynowych hodowli agarowej treści, wziętej z jelita niedrożnego i trzymanej pewien czas w cieplarce. Sam jad otrzymał mowca w postaci krystalicznej, mianowicie w postaci igiełek i laseczek, w wodzie rozpuszczalnych, nierozpuszczalnych w alkoholu. Najobficiej otrzymywał go z krwi żyły krezkowej jelita niedrożnego. Wessanie jadu zależne jest od martwicy błony śluzowej jelita, sam zaś jad wiąże się z tkanką mózgową, szczególnie zaś z rdzeniem przedłużonym.

Ostatecznie autor wypowiada zdanie, że prawdopodobnie wykazany jad jest jedną z przyczyn śmierci przy wysokiem zwężeniu jelita.

N. Suzuki: *O przyczynie śmierci w przypadkach t. zw. późnej śmierci z narkozy.* Autor zbadał anatomicznie i histologicznie trzy przypadki sekcyjne śmierci, zaszłej w 12—32 godzin po zabiegach operacyjnych wrodzonego zwichnięcia stawu biodrowego u 3-letniej dziewczynki, tenotomji i wycięcia częściowego stępu u 5 l. chłopca i wycięcia torbieli jajnikowej u 21 l. kobiety. W przypadkach tych stosowano uśpienie eterowe. Badanie drobnowidowe wykazało zmiany przedewszystkiem w układzie środkowym nerwowym, w szczególności surowiczokrwiotoczne zapalenie opon mózgordzeniowych i zapalenie krwiotoczne mózgu i rdzenia, za czem zresztą przemawiały objawy kliniczne. Należy dodać, że były również zmiany w narządach miąższowych i to o charakterze zwyrodnienia. Podnieść należy, zdaniem autora, jako ważną przyczynę uspasabiającą do późnej śmierci po uśpieniu jest zwyrodnienie narządów miąższowych, m. i. mięśnia sercowego. Sprawa jest zdaniem autora, toksemją ogólną. Wogóle jest to zwyrodnienie tłuszczowe naczyń i komórek miąższowych, przedewszystkiem układu nerwowego środkowego i stan lipemiczny.

W. N. (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. - ZJAZDY.

Krakowskie Towarzystwo lekarskie.

Protokół z posiedzenia naukowego odbytego w dniu 14 kwietnia 1926 r.

Przewodniczący prof. Majewski. Obecnych 75 członków.

1) Po odczytaniu protokółu z posiedzenia z dnia 24. III. przewodniczący odczytuje list kol. prym. Krokiewicza w sprawie protestu Krak. Tow. lek. przeciw niesmacznemu rodzajowi reklamy przetworów radowych i nadużywaniu w tym celu firmy Krak. Tow. lek. Kol. Krokiewicz przyłącza się do protestu tego w całej rozciągłości i potępia użycie dla celów reklamy pracy przeprowadzonej na jego oddziele.

2) W dalszym ciągu odczytuje przewodniczący pismo wytwórni farmaceutycznej „Rad" zaznaczające, że reklamę „wstrzykiwań radowych" spowodowało jedynie wymienione Tow. bez przyczynienia się do tego lekarzy przeprowadzających te doświadczenia i Instytutu Curie-terapji.

3) Przewodniczący referuje sprawę mającego się odbyć we Lwowie dnia 18. IV. walnego zebrania Tow. lekarzy polskich byłej Galicji. Na zebraniu tem mają być przeprowadzone daleko idące zmiany w statucie Tow., godzące w interesy Krak. Tow. lek. Rozwinęła się długa i ożywiona dyskusja.

Kol. Wielski proponuje sprawę tę pozostawić do załatwienia Wydziałowi Krak. Tow. lek.

Kol. Suszycki sprzeciwia się temu, tłumacząc, że sprawa zbyt jest ważną i obchodzącą ogół członków, iż powinna być rozpatrywana na pełnem posiedzeniu. Podnosi, że niema potrzeby zastanawiać się nad tem, czy Krak. Tow. lek. należy do Tow. lekarzy polskich byłej Galicji, czy nie — o czem mówi paragraf 64 ewentualnych zmian w statucie, ponieważ Krak. Tow. dawno już do tego Tow. należy.

Kol. Strzemieński podnosi wagę mających zapaść zmian. Jest za wyrażeniem opinji przez pełne posiedzenie Krak .Tow. lek. Wyjaśnia stosunek Krak. Tow. lekarskiego, do Tow. lekarzy byłej Galicji. rodzaj zmian statutu i kruczki i zasadzki jakie zmiany te kryją. Przypomina, że majątek Tow. lek. polskich byłej Galicji jest bardzo duży — obejmuje między innymi Morszyn. Majątku tego nie można się lekkomyślnie pozbywać. Należy się energicznie zastrzedz przeciw tego rodzaju próbom zmiany statutu, również przeciwko zbyt krótkiemu okresowi czasu między zawiadomieniem Krak. Tow. a terminem Walnego Zebrania. Krak. Tow. musi się poważnie zastanowić nad sprawą tak bardzo żywotną a nato niema czasu. Stawia wniosek aby wysłać tego rodzaju protest pisemny.

Kol. Hirsch radzi zastanowić się nad tem, czy niema formalnych zarzutów przeciw terminowi zwołania Walnego Zebrania i z tego względu zaprotestować.

Kol. Markowa popiera wniosek kol. Strzemieńskiego. Radzi protest przesłać telegraficznie, prócz tego proponuje by pozatem pojechali do Lwowa wszyscy delegaci w liczbie 12 wraz z Prezesem, którzyby w razie nieuwzględnienia protestu opuścili salę zrywając dalsze obrady.

Kol. doc. Seńkowski radzi dodać w liście zawiadomienie zagrożenia udania się na drogę sądowo-administracyjną.

Kol. Reiner radzi głosować telegraficznie przeciw zmianom statutu.

Kol. doc. Szymanowicz proponuje nie wysyłać telegramu, lecz list protestujący.

Kol. Landau: Sądzi, że należenie do Związku lek. pol. byłej Galicji nie przedstawia wielkiej korzyści, że jednakże należy dążyć do tego, aby zebranie było wogóle odroczone. Proponuje stosownie do większej ilości obecnych członków wybrać większą ilość delegatów i wszystkich wysłać do Lwowa.

Kol. Woyciechowski radzi nie występować ze Związku przypuszcza, że nawet jeden delegat będzie reprezentował prawnie całość Krak. Tow. lek. Pozatem sprawa tak źle się nie przedstawia, ponieważ na Walnem zebraniu będzie decydował nie tylko Lwów, ale i koła prowincjonalne. Po wyczerpaniu dyskusji przewodniczący zarządził głosowanie. Uchwalono jednogłośnie wniosek kol. Strzemińskiego, aby zaprotestować przeciw punktowi Walnego Zebrania proponujący zmianę statutu.

Przewodniczący otwiera posiedzenie naukowe.

Kol. Wielski przedstawia roentgenogramy: 1) niezwykłego przypadku osteomalacji z całkowitem prawie odwapnieniem kości i samoistnem złamaniem kości udowej, 2) Zdjęcie przypadku *ostitis fibrosa Recklinghausen*, 3) Zdjęcie samoistnych złamań kości z powodu nowotworów w nich usadowionych, 4) Zdjęcie czaszki ze złogami zwapniałemi wzdłuż *sinus spheno-parietalis*. Omawia przytem znaczenie tego objawu w przypadkach spraw chorobowych w szczególności nowotworów mózgu rozwijających się na podstawie czaszki i uciskających *sinus cavernosus*.

W dyskusji: Kol. prof. Majewski zaznacza, że w przypadku okulistycznym, o którym wspomniał kol. Wielski istnieje obwodowe zwężenie pola widzenia, na jednym tylko prawym oku, niema zatem wcale charakteru hemianoptycznego.

Kol. Klepacki wygłasza odczyt: *„Ogniska przerzutowe w splotach naczyniowych mózgu jako punkt wyjścia nagminnego zapalenia opon"*.

Odnośnie do patogenezy nagminnego zapalenia opon jest dzisiaj ogólnie prawie przyjęte zapatrywanie, że zaczyna się ono od grypy meningokokowej, które w niektórych przypadkach prowadzi do posocznicy i wreszcie zajęcia komór mózgowych poprzez sploty naczyniowe a dopiero następowo opon. Zapatrywanie to wypowiedział i udowodnił w całym szeregu prac prof. Lewkowicz. Przypuszcza on, że punktem wyjścia nagminnego zapalenia opon są ogniska przerzutowe w splotach naczyniowych. Histologicznie jednak tego faktu dotychczas nie udowodniono. Dlatego też korzystając z przypadku piorunującego zapalenia opon obserwowanego u nas w klinice dziecięcej U. J. przeprowadziliśmy badanie histologiczne splotów mózgu. Wynik badania potwierdził w zupełności zapatrywanie prof. Lewkowicza, gdyż okazało się w naszym przypadku, że w splotach znajdują się pojedyncze ogniska ropne, ściśle ograniczone, które powstały najprawdopodobniej z zaczopowanych drobnych tętniczek. Ogniska te po zniszczeniu nabłonka wyścielającego zmienione zapalnie rozgałęzienia splotu, komunikują na szerokiej przestrzeni ze światłem komór stając się punktem wyjścia ich zapalenia, które dopiero następowo przechodzi na opony mózgu i rdzenia.

Protokół z posiedzenia naukowego odbytego w dniu 21 kwietnia 1926 r.

Przewodniczący prof. Majewski. Obecnych 84 członków.

Po odczytaniu protokółu z dnia 14. IV. kol. Przewodniczący zaznacza, że odnośnie do sprawy zmian w statucie Twa lekarzy pol. byłej Galicji, poruszonej na ostatnim walnym zebraniu wysłano listowny protest do Lwowa na ręce Prezesa Twa lekarzy pol. b. Galicji prof. Renckiego. Również prof. Olbrycht i były prof. tutejszej Wszechnicy prof. Lenartowicz mają się zająć tą sprawą we Lwowie. Sprawa zmian statutu wchodzi dopiero na drogę opracowań w odnośnej komisji i później dopiero ma wejść pod uchwały Walnego zebrania Twa lek. pol. b. Galicji, obecnie więc nie jest jeszcze aktualną.

Prof. Majewski przedstawia chorą, ktora po silnym tępym urazie okazuje zwichnięcie soczewki do przedniej komory oka. Soczewka po trzech miesiącach, zachowuje jeszcze całkowitą prawie przeźroczystość i wygląda jak duża kropla oliwy z jasnym błyszczącym refleksem na całym swoim obwodzie. Tęczówki brak zupełny. Widać tylko wyrostki rzęskowe. Łukowata blizna przebiegająca po stronie nosowej, wzdłuż przewodu Schlemma, łukiem obejmującym więcej niż $^1/_3$ obwodu rogówki, wskazuje, że uraz wywołał oprócz zwichnięcia soczewki także pęknięcie twardówki. Przez otwór w twardówce musiała niewątpliwie wypaść tęczówka, a chora, ocierając oko ze krwi chusteczką, oddarła sobie tę tęczówkę w całości od wieńca rzęskowego. *(Avulsio iridis, Aniridia traumatica).* Soczewka pozostała w oku, a tylko po przerwaniu więzadełka Zinna, przesunęła się ku przodowi, do przedniej komory. Ośrodki przezierne są tak samo przeźroczyste jak soczewka, a dno oka bez zmian, skąd też chora widzi tem okiem nie najgorzej (6/24) i poza światłowstrętem spowodowanym brakiem diafragmy tęczówkowej, niema innych dolegliwości. Jaskra następowa w takim stanie rzeczy oku nie zagraża, dlatego niema na razie powodu do jakiejkolwiek interwencji w myśl zasady: *quieta non movere.*

Kol. Dr. Markowa wygłasza referat: *„O rozszerzeniu wskazań do cięcia cesarskiego"*. (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusji: Kol. W. Frommer nawiązując do podanych wskazań przez prelegentkę omawia wskazania do cięcia cesarskiego przy *Missed labour*. Nazwa ta dosłownie przetłumaczona, znaczy daremny trud i wprowadzoną została przez Oldhama i Clinxtona, francuzi nazywają stan ten accouchement manqué.

Pod *missed labour* należy rozumieć ową czynność porodową pod koniec ciąży, w której mimo normalnych i wydatnych bólów porodowych — nie następuje żaden postęp porodu, szyjka względnie ujście macicy wcale nie rozszerza się, poczem bóle ustają w zupełności na dłuższy okres czasu (od paru tygodni do kilku miesięcy), a płód po krótkim czasie obumiera w macicy.

Jakkolwiek przypadki te nie zachodzą na szczęście często, przecież nie należą do zbytnich rzadkości.

Postępowanie konserwatywne naraża płód na pewną zagładę i nie zawsze prowadzi do skutecznego rozwiązania matki, albowiem wszystkie środki, wywołujące bóle porodowe (glanduitryna, pituitryna, chinina i t. d.) są przy *missed labour* bezskuteczne; ponadto postępowanie wyczekujące wyczerpuje rodzącą, powodując ogólną depresję, osłabienie i wychudnięcie i narażają na niebezpieczeństwo infekcji, zwłaszcza przy pękniętym pęcherzu płodowym.

Z tych powodów — zdaniem kol. Frommera — jest w *missed labour* jedynie wskazanem postępowanie radykalne, a mianowicie rozwiązanie przez *sectio vaginalis* lub *per laparatomiam;* pierwsze nie zawsze jest możliwem.

Cięcie cesarskie jest zwłaszcza wskazanem przy wczesnem rozpoznaniu stanu *missed labour*, kiedy płód jeszcze żyje.

Kol. prof. Szumowski podnosi, że nazwa „cięcie cesarskie" brzmi rzeczywiście, jak to zaznaczyła prelegentka, górnolotnie i „monarchicznie" podobnie jak niemiecka „Kaiserschnitt".

Jednakże nazwa nie pochodzi od żadnego cesarza, lecz od łacińskiego wyrazu *„caesar"* lub *„caeso"* (od *caedo*-rąbię), co stare słowniki łacińsko-polskie tłumaczą „wyprótek". O tej nazwie daje wyjaśnienie Plinjusz, który zaznacza, że pierwszy nazwę *„caesar"* otrzymał, *„a caeso matris utero"* urodzony drogą cięcia cesarskiego Scipio Afrykański starszy. Tym sposobem w języku łacińskim nazwa *„sectio caesarea"* niema w tym stopniu górnolotnego tonu.

Kol Woyciechowski uważa, że przypadki przedwczesnego odklejenia łożyska powinny być również wskazaniem do tego zabiegu.

W dalszej dyskusji w odpowiedzi przemawiała kol. Markowa.

Sekretarz *Dr. Pawlas.*

Kalendarz Zjazdów.

Kurs wakacyjny dla lekarzy w Davos od 22 do 29 sierpnia 1926 r.

7-my Międzynarodowy Kongres dentystyczny w Filadelfji 23—27 sierpnia 1926.

3-ci Międzynarodowy Kongres ratownictwa i pierwszej pomocy w wypadkach nieszczęśliwych w Amsterdamie 7—11 września 1926.

Wojewódzki Zjazd przeciwgruźliczy we Lwowie 10 września 1926.

2-gi Polski Zjazd przeciwgruźliczy we Lwowie 11 i 12 września 1926.

1-szy Zjazd lekarski w Krynicy 14 i 15 września 1926.

89-ty Zjazd niemieckich przyrodników i lekarzy w Düsseldorfie od 19-go do 26-go września 1926.

1-szy Zjazd lekarzy Polaków na Śląsku w Katowicach od 23—26 września 1926.

2-gi Zjazd Tow. ortopedów Czecho-słowackich w Pradze czeskiej 25-go i 26-go września 1926.

Międzynarodowa Konferencja przeciwgruźlicza w Washingtonie od 29-go września do 2-go października 1926.

1-szy Zjazd anatomo-zoologiczny w Warszawie 31-go października 1-go i 2-go listopada 1926.

7-my Zjazd Niemieckiego Tow. urologicznego we Wiedniu od 30-go września do 2-go października 1926.

1-szy Zjazd Międzynarodowego Tow. seksuologów w Berlinie od 11-go do 15-go października 1926.